

# Demande d'intervention optique



## Comment demander ce remboursement ?

Grâce à **Mon Helan**, votre mutualité en ligne ou à l'**appli de Helan Mutualité libre** : prenez une photo ou un scan du formulaire complété et demandez votre remboursement de manière numérique.

**Par courrier** adressé à Helan Mutualité libre, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk.

## Helan Mutualité libre

accorde depuis le 01/01/2022 une intervention pour l'achat de verres, montures et lentilles avec une dioptrie autre que 0, ainsi que pour les pansements oculaires.

- L'intervention s'élève à 50 € par année civile pour les enfants jusqu'à 18 ans accomplis.
- L'intervention s'élève à 30 € par année civile à partir de 19 ans.

accorde à partir du 01/01/2024 une intervention pour l'achat de verres, montures et lentilles avec une dioptrie autre que 0, ainsi que pour les pansements oculaires.

- L'intervention s'élève à 50 € par année civile pour les enfants jusqu'à 18 ans accomplis.
- L'intervention s'élève à 30 € par année civile à partir de 19 ans.

une intervention pour l'achat de verres, montures et lentilles avec une dioptrie de 4,5 à 7 pour les personnes âgées de 19 à 65 ans

- L'intervention s'élève à 60 € par année civile.

L'intervention peut être demandée pour les achats effectués en Belgique ou dans un pays limitrophe (France, Luxembourg, Pays-Bas et Allemagne).

## Qui peut en bénéficier ?

- S'il n'y a pas de remboursement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

## Que faire pour en bénéficier ?

- Placez ici une vignette de la personne pour qui l'achat a été effectué.
- Transmettez-nous ce document complété, et signé ou muni du cachet de votre opticien ou ophtalmologue.

## Vignette ou coordonnées du client

--

Vignette

**A compléter par l'opticien ou l'ophtalmologue**

Prénom & nom du patient: .....

Numéro de registre national .....

Cette attestation concerne la fourniture de:

- lentilles souples/dures (code de nomenclature éventuel : .....)
- verres (code de nomenclature éventuel : .....)
- une monture
- verres solaires correcteurs
- pansements oculaires

Merci d'indiquer la dioptrie des lentilles ou des verres:

Date : ..... / ..... / .....			Cachet et/ou signature :		
SF.	CYL.	AS	SF.	CYL.	AS.

**A compléter par l'opticien ou l'ophtalmologue**

Merci de cocher l'option correcte :

- Une annexe 15\*\* et 15bis (verres) ou 15ter (lentilles) a été délivrée pour obtenir un remboursement dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.
- Seul un remboursement dans le cadre de l'assurance complémentaire est demandé. Le client ne répond pas aux conditions pour obtenir un remboursement dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

Je soussigné(e), opticien ..... (nom) et numéro

d'agrément .....

Déclare avoir perçu un montant de ..... €.

Date du paiement : .../ .../ .....

Signature de l'opticien :

Cachet de l'opticien :

Code de nomenclature : < 18 ans : 806002  
Code de nomenclature : > 18 ans : 806046  
Code de nomenclature : dioptrie de 4,5 à 7 : 806050



\*A526GT0631000000000000000000000000A\*