

Maladie grave ou coûteuse

Relevé annuel des dépenses



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

A. Données personnelles

Vignette d'identification du patient

Téléphone ou GSM :

Adresse mail :

Nom : Prénom :

N° national :

B. Informations pour le paiement

Cette intervention sera versée sur le compte bancaire habituel, connu de nos services. Si vous souhaitez qu'elle soit versée sur un autre compte, prenez contact avec votre mutualité avant d'introduire le présent formulaire.

C. Relevé des dépenses

Année concernée :

Ce relevé reprenant toutes les dépenses de l'année concernée doit nous être remis au plus tard dans les 3 ans à compter de la date de la dépense.

Pour donner accès à une intervention en plus du forfait qui vous a été versé, vos dépenses admissibles doivent être supérieures à

- 200 euros si vous êtes couvert par Hospi +
- 400 euros si vous êtes couvert par Hospi +100 ou Hospi +200

Vous serez remboursé de 50 % du montant de vos dépenses admissibles sous déduction du forfait qui vous aura été versé (100 euros pour Hospi + et 200 euros pour Hospi +100 ou +200), avec un plafond d'indemnisation total (forfaits et remboursements sur base de vos dépenses) de 250 euros pour Hospi + et de 2.000 euros pour Hospi +100 ou +200.

Type de dépenses	Justificatifs à joindre
Médicaments, Produits pharmaceutiques non remboursables prescrits	Modèle BVAC délivré par le pharmacien, facture d'hôpital, facture
Transports, Déplacements, Parking	Compléter le tableau en annexe Joindre factures, reçus ou titre de transport en commun ou de parking
Bandagisterie, Orthopédie non remboursable	Facture ou attestation de fourniture délivrée par le fournisseur
Diététicien, Ergothérapeute, Esthéticien, Podologue, Psychologue, Ostéopathe, Acupuncteur, Chiropracteur	Facture ou reçu ou attestation délivré(e) par le prestataire de soins
Traitement pour préservation de la fertilité	Facture de l'établissement où le traitement a lieu

Je soussigné(e) déclare que ces dépenses n'ont fait l'objet d'aucune intervention et sont en lien avec la pathologie déclarée, que les renseignements ci-dessus sont conformes à la réalité. Je m'engage à communiquer à SOLIMUT/MC Assure toute rectification de facture

Date : _ _ - _ _ - _ _

Signature :

Relevé annuel des frais de transport

Date de(s) transport(s)	Motif du transport Consultation, prise de sang, ...	Prestataire/Etablissement de soins Médecin, hôpital,...	De Lieu de départ	A Lieu d'arrivée	Moyen de transport utilisé	Montant du ticket ou nombre de km A/R par trajet