

Transport lié à une maladie grave et/ou coûteuse

Avantage MC - Demande d'intervention

Vous avez bénéficié de l'avantage « maladie grave et/ou coûteuse » (forfait de 150 €)? La MC intervient pour vos déplacements non urgents liés à cette maladie et non couverts par l'assurance obligatoire (hospitalisations, consultations, traitements ou examens, à l'hôpital ou sur un site qui en dépend - liste des lieux sur mc.be/transport). Complétez ce formulaire pour demander votre intervention (0,15€/km).

À compléter par le bénéficiaire

Compléter ou coller une vignette

Nom et prénom: _____

Date de naissance: ____ / ____ / ____

Numéro de registre national: _____

Rue et n°: _____

CP et localité: _____

Tél. ou GSM: _____

E-mail: _____

Moyen de transport: voiture privée transport en commun, taxi ou autre service de transport
(si autre service, indiquer le nom: _____)

Lieu de départ (ou d'arrivée): votre domicile (adresse ci-dessus)
 un autre lieu (indiquer l'adresse): _____

Lieu des soins: Nom de l'établissement: _____
Adresse: _____

Distance parcourue (aller + retour): _____ km

Date du déplacement: vous pouvez indiquer plusieurs dates sur le même formulaire si le trajet et le moyen de transport sont identiques.

____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____
____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____
____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____

Je soussigné(e) _____ déclare sur l'honneur avoir effectué le(s) déplacement(s) ci-dessus et qu'ils sont liés à une maladie pour laquelle j'ai obtenu l'avantage de la MC « forfait pour maladie grave et/ou coûteuse ».

Fait à _____, le ____ / ____ / ____ « Lu et approuvé » + signature: _____

Si vous avez souscrit Hospi +, +100 ou +200, vous pouvez aussi recevoir une intervention de votre assurance en remettant 1x/an un « relevé annuel des frais de transports » (document disponible sur mc.be/formulaires).

À compléter par le service ou le prestataire de soins

OU joindre une attestation de présence officielle (cachet + signature) à ce document.

Je soussigné(e) _____ certifie que les données reprises sur ce document sont exactes.

Date: ____ / ____ / ____

Signature: _____ Cachet de l'établissement de soins (obligatoire): _____

Nous traiterons vos données personnelles conformément à la législation belge et européenne en matière de protection de la vie privée, en particulier le règlement RGDP (2016/679) concernant le protection des données personnelles et la libre circulation de ces données. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles, consultez notre déclaration de confidentialité sur notre site mc.be/disclaimer.

Éditeur responsable: Alexandre Verhamme, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Janvier 2023.

EN SAVOIR PLUS ?

Appelez le 081 81 28 28 ou adressez-vous à votre conseiller via mc.be/contact

