

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETES

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontologie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Educations :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèses :

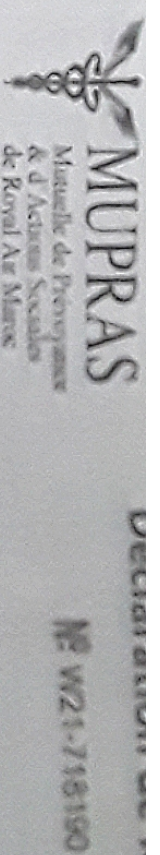
- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matrice

4961

Société

L.A.A.

☒ Actif

☐ Pensionné

Autre

NAIRO

Nom & Prénom :

MUSOU, NAIRO

Date de naissance :

24/04/02

Adresse :

Box 4012 Box 50151 Ndjardous

Tel. :

02/22/24/11/51

Total des frais engagés :

2155000bt

Cadre réservé au Médecin (b)

Cachet du médecin :

CHIRURGIE DENT. 11, rue 20 Mars, 101 - 1002 Ndjardous 1 02/22/24/11/51

Date de consultation :

24/02/2023

Nom et prénom du malade :

LAZME KMIHA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

6576 2012/13/44/44

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, accompagner les renseignements sous couvert d'un pli confidentiel de la Mutuelle.

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Fait à :

24/02/2023

VOULET ADHERENT

