

# RELEVÉ REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE

## LE MUTUALISTE

Joindre toutes les pièces justificatives originales, Photocopies y compris prescriptions, ordonnances, factures et reçus

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM: \_\_\_\_\_

Structure: \_\_\_\_\_

N° Adhésion \_\_\_\_\_

CONTACT: Tél  (237) \_\_\_\_\_

Mail  \_\_\_\_\_

## LE MALADE

Noms et prénoms : \_\_\_\_\_

Date (JJ/MM/YY) et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

## CAS DE MALADIE

Nature de l'affection: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## CAS D'ACCIDENT

Circonstance de l'accident: \_\_\_\_\_ Date accident (JJ/MM/YY): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Témoins accident : \_\_\_\_\_

Témoin N°1 : Noms et prénoms : \_\_\_\_\_

contacts (Tél, em@il): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Témoin N°2 Noms et prénoms : \_\_\_\_\_

:

contacts (Tél, em@il): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## RELEVÉ ACTE ET FRAIS

à remplir par les praticiens ou fournisseurs  
Employer une feuille différente pour chaque patient

Date (JJ/MM/YY)	
Désignation des actes suivant nomenclature	
Montant des honoraires payés par le mutualiste	
Délivrance d'une ordonnance	
Signature et cachet du praticien attestant des actes (Médecin ou auxiliaire médical)	
Exécution des ordonnances	Montant net de l'ordonnance ou de la facture
	Cachet du pharmacien ou du fournisseur

Chaque acte médical pratiqué doit être désigné avec exactitude et codifié conformément à la nomenclature des actes médicaux de la sécurité sociale.

# SOINS

à remplir par les praticiens ou fournisseurs  
Employer une feuille différente pour chaque patient

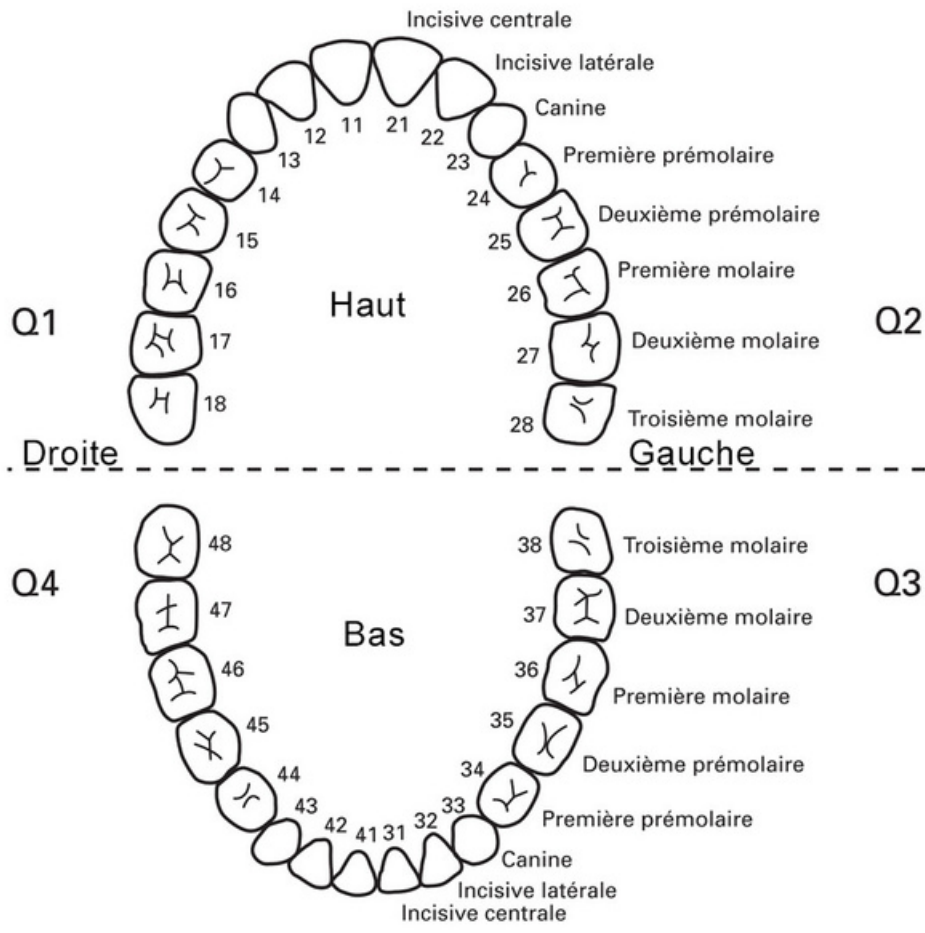
Date (JJ/MM/YY)	DENTS		COEFFICIENT
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
	<b>TOTAL</b>		

Signature et cachet du  
praticien

## RECOMMANDATIONS

Remplissez et faites remplir correctement cette feuille, (et la partie ci-dessus si soins dentaires) vous simplifierez la tâche de la mutuelle et le remboursement sera plus rapidement exécuté. N'oubliez aucune pièce justificative (les originaux) et vérifiez que tous les frais engagés ont été reportés, et contresignés par ceux qui en ont perçu le montant. Ne portez pas les actes de plusieurs malades sur une même déclaration. Utilisez un dossier par malade et par maladie: Ce n'est pas au médecin de déclarer la nature de la maladie soignée, (il est lié au secret professionnel) et il vous appartient donc de l'indiquer vous-même au verso faute de quoi le dossier vous sera retourné. Si vous désirez que votre déclaration reste confidentielle et au secret médical, veuillez nous adresser ce dossier sous pli fermé à l'attention de notre médecin-conseil. En cas d'hospitalisation, faites vous délivrer par votre médecin traitant, un certificat présentant la nécessité de cette hospitalisation pour le traitement de la maladie ou de l'accident survenu.

**Nous adresser ce dossier au plus tard dans les 30 jours qui suivent la guérison du malade**



**SOINS DENTAIRES**