


















## REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE : JUSTIFICATIFS A FOURNIR

| JUSTIFICATIFS A FOURNIR POUR LES ACTES<br>PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE   | <br>CONSULTATIONS<br>OU VISITES<br>généralistes ou<br>spécialistes exerçant<br>en libéral | <br>CONSULTATIONS<br>en centre de santé<br>ou milieu hospitalier | <br>MÉDECINE<br>COURANTE<br>(pharmacie,<br>laboratoire,<br>radiologie,<br>auxiliaires médicaux,<br>frais de transport...) | <br>HOSPITALISATION | <br>LUNETTES ET<br>LENTILLES<br>(remboursées par la<br>Sécurité sociale) | <br>PROTHÈSES ET<br>SOINS DENTAIRES | <br>ORTHODONTIE | <br>APPAREILLAGE<br>AUDITIF GRAND<br>APPAREILLAGE<br>PROTHÈSES<br>DIVERSES<br>(autres que<br>dentaires et<br>auditives) | <br>CURES THERMALES<br>SOINS REALISÉS A<br>L'ETRANGER |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
| Décompte de Sécurité sociale ou décompte de première mutuelle, si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission*                       | X  | X   | X  |  | X   | X  | X  | X  | X  |
| Justificatif de paiement de la part complémentaire (si vous l'avez réglée directement)   |  | X   | X  |  |   |  |  |  |  |
| Facture détaillée et acquittée   |  |   |  |  | X   |  |  |  | X  |
| Facture <b>originale</b> détaillée et acquittée  |  |   |  |  |   |  |  | X  |  |
| Facture acquittée et détaillée mentionnant les numéros de dents (Document original pour les frais ≥ 600 € par acte)                    |  |   |  |  |   | X  |  |  |  |
| Facture acquittée et détaillée mentionnant la codification (Document original pour les frais ≥ 800 € par acte)                         |  |   |  |  |   |  | X  |  |  |
| Prescription médicale  |  |   |  |  | X   |  |  |  |  |
| Bordereau de facturation acquitté ou facture de dépassement d'honoraires acquittée (Document original pour les frais ≥ 700 € par acte) |  |   |  | X  |   |  |  |  |  |
| Avis des sommes à payer accompagné de l'attestation de paiement (Document original pour les frais ≥ 700 € par acte)                    |  |   |  | X  |   |  |  |  |  |

\* Si vous bénéficiez de la télétransmission avec la Sécurité sociale, il est inutile de nous transmettre vos décomptes

| JUSTIFICATIFS A FOURNIR POUR LES ACTES<br>NON PRIS EN CHARGE PAR +A17:M27LA SECURITE SOCIALE<br>(sous réserve que ces actes soient pris en charge par votre contrat frais de santé) | <br>MEDECINE DOUCE | <br>VACCINS<br>PHARMACIE | <br>LENTILLES | <br>OPERATION OPTIQUE | <br>PROTHESES<br>DENTAIRES<br>PARODONTOLOGIE<br>IMPLANTS DENTAIRES | <br>ORTHODONTIE | <br>ALLOCATION<br>MATERNITÉ | <br>FRAIS D'OBSÈQUES |
|---|--|---|--|--|---|--|--|---|
| Facture détaillée et acquittée  | X  | X   |  |  |   |  |  |   |
| Facture détaillée et acquittée (Document original pour les frais ≥ 300 € par acte)  |  |   | X  |  |   |  |  |   |
| Facture détaillée et acquittée (Document original pour les frais ≥ 700 € par acte)  |  |   |  | X  |   |  |  |   |
| Facture <b>originale</b> acquittée et détaillée mentionnant les numéros de dents  |  |   |  |  | X   |  |  |   |
| Facture <b>originale</b> acquittée et détaillée précisant les dates de début et de fin de traitement ainsi que la codification  |  |   |  |  |   | X  |  |   |
| Prescription médicale   |  | X   | X  |  |   |  |  |   |
| Acte de naissance (Document original pour les naissances à l'étranger)  |  |   |  |  |   |  | X  |   |
| Acte de décès <b>original</b>   |  |   |  |  |   |  |  | X   |
| Facture <b>originale</b> acquittée des frais d'obsèques   |  |   |  |  |   |  |  | X   |



Si un acte n'est pas listé dans ce tableau, nous vous conseillons de vous rapprocher de votre employeur