

**LISTE DES JUSTIFICATIFS SANTE DEMANDÉS  
POUR EFFECTUER LE REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE**

<b>HOSPITALISATION *</b> (actes pris en charge selon le contrat souscrit)	
<b>Frais accompagnant</b>	facture originale acquittée + bulletin d'hospitalisation
<b>Chambre particulière</b>	hospitalisation en clinique : facture S3404 originale acquittée + factures d'honoraires hospitalisation à l'hôpital : avis des sommes à payer + attestation de paiement originaux et acquittés
<b>Forfait journalier</b>	
<b>Honoraires conventionnés ou non conventionnés</b>	
<b>Séjour conventionné</b>	
<b>Séjour non conventionné</b>	Originaux des décomptes Sécurité sociale + factures d'hospitalisation acquittées
<p><b>A noter :</b> Pour faciliter le traitement de votre dossier, les factures fournies doivent obligatoirement comporter les informations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les actes,</li> <li>• la dépense,</li> <li>• la prise en charge Sécurité sociale,</li> <li>• le reste à charge.</li> </ul>	

<b>ACTES MEDICAUX COURANTS *</b> (actes pris en charge selon le contrat souscrit)	
<b>Analyses</b>	Si l'assuré bénéficie du tiers payant Sécurité sociale mais qu'il a réglé la part complémentaire : facture originale détaillée et acquittée
<b>Auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, infirmières)</b>	
<b>Appareillage</b>	
<b>Indemnités de déplacement</b>	
<b>Radiographie</b>	
<b>Transport</b>	
<b>Pharmacie</b>	Si l'assuré bénéficie du tiers payant Sécurité sociale mais qu'il a réglé la part complémentaire : facture subrogatoire acquittée

\* Les décomptes de remboursements de la Sécurité sociale (originaux) doivent nous être adressés uniquement si vous ne bénéficiez pas du système de télétransmission NOEMIE. Dans le cas où vous bénéficiez d'une première complémentaire santé, les originaux des décomptes de remboursement de cet organisme doivent nous être adressés.

**LISTE DES JUSTIFICATIFS SANTE DEMANDÉS  
POUR EFFECTUER LE REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE**

<b>OPTIQUE *</b> (actes pris en charge selon le contrat souscrit)	
<b>Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale</b>	Facture acquittée + prescription médicale de moins de 3 ans
<b>Monture</b>	si l'assuré bénéficie du tiers payant mais qu'il a réglé la part complémentaire : facture originale acquittée  si l'assuré ne bénéficie pas du tiers-payant : facture acquittée
<b>Verres</b>	
<b>DENTAIRE *</b> (actes pris en charge selon le contrat souscrit)	
<b>Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale</b>	facture originale détaillée et acquittée (précisant la date et le numéro du semestre)
<b>Prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale</b>	facture originale détaillée et acquittée
<b>Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale</b>	<u>soins réalisés par un dentiste</u> : facture originale détaillée et acquittée
<b>Prothèse dentaire prise en charge par la Sécurité sociale</b>	<u>soins réalisés dans un centre dentaire</u> : facture détaillée et acquittée
<b>FORFAITS</b> (actes pris en charge selon le contrat souscrit)	
<b>Allocation maternité</b>	acte de naissance si le contrat prévoit un forfait ou facture d'hospitalisation si le contrat prévoit un forfait limité au reste à charge
<b>Adoption</b>	extrait du jugement d'adoption en français (adoption simple ou plénière)
<b>Cure thermale</b>	facture détaillée et acquittée mentionnant les dates du séjour

\* Les décomptes de remboursements de la Sécurité sociale (originaux) doivent nous être adressés uniquement si vous ne bénéficiez pas du système de télétransmission NOEMIE. Dans le cas où vous bénéficiez d'une première complémentaire santé, les originaux des décomptes de remboursement de cet organisme doivent nous être adressés.

**LISTE DES JUSTIFICATIFS SANTE DEMANDÉS  
POUR EFFECTUER LE REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE**

<b>PRESTATIONS ELARGIES</b> (actes non pris en charge par l'Assurance maladie et pouvant être pris en charge selon le contrat complémentaire souscrit)	
<b>Allocation obsèques</b>	L'original de la facture des pompes funèbres mentionnant le nom de la personne qui a acquitté les frais + RIB de la personne ayant réglé la facture + acte de décès
<b>Ostéopathe</b>	Facture originale acquittée avec le cachet du praticien précisant la date et le bénéficiaire des soins
<b>Chiropracteur</b>	
<b>Diététicien</b>	
<b>Psychomotricien</b>	
<b>Psychologue</b>	
<b>Pédicure / podologue</b>	
<b>Vaccins non pris en charge la Sécurité sociale</b>	Facture originale acquittée précisant la date d'achat et le bénéficiaire
<b>Contraception</b>	
<b>Préservatifs</b>	

<b>PRESTATIONS ELARGIES</b> (actes non pris en charge par l'Assurance maladie et pouvant être pris en charge selon le contrat complémentaire souscrit)	
<b>Implantologie</b>	Facture originale acquittée avec le cachet du praticien précisant la date et le bénéficiaire des soins
<b>Parodontologie</b>	
<b>Scellement des sillons non pris en charge par la Sécurité sociale et patch blanchissant</b>	
<b>Chambre d'inhalation pour asthmatique</b>	
<b>Piles acoustiques</b>	
<b>Chirurgie réfractive de l'œil</b>	

**Pour faciliter le traitement de votre dossier, il est essentiel de préciser votre Numéro Client lors de votre envoi.**

Nous pouvons vous demander, si besoin, toute autre pièce utile au remboursement des prestations ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de votre garantie, notamment s'agissant de la preuve de la qualité d'ayant droit du bénéficiaire.