



## DOCUMENTS À JOINDRE POUR LES DEMANDES D'ENTENTE PREALABLE

Vous avez une entente préalable à nous soumettre ?  
Retrouvez ci-après, en fonction de la nature des soins, les documents nécessaires  
à notre service médical pour étudier votre demande. Sans réception dans les délais, votre demande de remboursement  
sera refusée.

En cas de réalisation de soins en urgence, les mêmes éléments seront demandés dans les 3 jours suivant l'établissement des soins, les prescriptions médicales devront faire mention du caractère urgent. Les devis détaillés devront être remplacés par les copies des factures mentionnant la date des soins. Les rapports médicaux des examens devront être joints à la demande.

	Soins dispensés en France	Soins dispensés à l'étranger
Hospitalisation	<b>HOSPITALISATION PROGRAMMEE (10 jours avant les soins)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ un <b>rapport médical</b> indiquant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• le <b>diagnostic</b> et/ou les symptômes (et date des 1<sup>ers</sup> <b>symptômes</b>),</li> <li>• la nature des soins médicaux et/ou chirurgicaux (<b>code acte CCAM</b>),</li> <li>• les résultats d'examens ayant mis en évidence le diagnostic pour la première fois,</li> <li>• les circonstances de l'accident le cas échéant,</li> <li>• le <b>suivi médical</b> (nouvelle intervention, kinésithérapie, pansements, examens de contrôle...),</li> </ul> </li> <li>+</li> <li>■ un <b>devis détaillé</b> indiquant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• les frais de séjour (sauf si conventionné)</li> <li>• les frais médicaux</li> <li>• les dépassements d'honoraires</li> <li>• la chambre particulière</li> </ul> </li> <li>+</li> <li>■ les <b>coordonnées</b> complètes de l'établissement hospitalier,</li> <li>+</li> <li>■ les <b>dates de séjour</b> prévisionnelles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ un <b>rapport médical</b> indiquant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• le <b>diagnostic</b> et/ou les symptômes (et date des 1<sup>ers</sup> <b>symptômes</b>),</li> <li>• la <b>nature des soins médicaux et/ou chirurgicaux</b>,</li> <li>• les résultats d'examens ayant mis en évidence le diagnostic pour la première fois,</li> <li>• les circonstances de l'accident le cas échéant,</li> <li>• le <b>suivi médical</b> (nouvelle intervention, kinésithérapie, pansements, examens de contrôle...),</li> </ul> </li> <li>+</li> <li>■ un <b>devis détaillé</b> indiquant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• les frais de séjour</li> <li>• les frais médicaux</li> <li>• les dépassements d'honoraires</li> <li>• la chambre particulière</li> </ul> </li> <li>+</li> <li>■ Les <b>coordonnées</b> complètes de l'établissement hospitalier,</li> <li>+</li> <li>■ les <b>dates de séjour</b> prévisionnelles.</li> </ul>
<b>HOSPITALISATION D'URGENCE (dans les 3 jours suivant l'entrée à l'hôpital)</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ les mêmes éléments médicaux que pour une hospitalisation programmée en joignant en plus :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• si l'hospitalisation est terminée, le <b>compte rendu opératoire et/ou hospitalier</b>,</li> </ul> </li> <li>+</li> <li>■ les mêmes éléments financiers que pour l'hospitalisation programmée sauf si l'hospitalisation est terminée, à remplacer par une <b>copie de la facture</b>,</li> <li>+</li> <li>■ les <b>coordonnées</b> complètes de l'établissement hospitalier,</li> <li>+</li> <li>■ le bulletin de situation si l'hospitalisation est terminée ou la <b>date d'entrée</b> et la <b>date de sortie</b> prévisionnelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ les mêmes éléments médicaux que pour une hospitalisation programmée en joignant en plus :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• si l'hospitalisation est terminée, le <b>compte rendu opératoire et/ou hospitalier</b>,</li> </ul> </li> <li>+</li> <li>■ les mêmes éléments financiers que pour l'hospitalisation programmée sauf si l'hospitalisation est terminée, à remplacer par une <b>copie de la facture</b>,</li> <li>+</li> <li>■ les <b>coordonnées</b> complètes de l'établissement hospitalier,</li> <li>+</li> <li>■ le bulletin de situation si l'hospitalisation est terminée ou la <b>date d'entrée</b> et la <b>date de sortie</b> prévisionnelle.</li> </ul>

	Soins dispensés en France	Soins dispensés à l'étranger
Actes médicaux classiques (imagerie, biologie, acte technique)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ la <b>prescription médicale</b> indiquant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• les <b>symptômes</b> et la date des premiers symptômes,</li> <li>• la nature des examens prévus (<b>code acte CCAM</b>),</li> <li>• la copie des comptes rendus des examens précédents,</li> </ul> </li> <li>■ un <b>devis détaillé</b>,</li> <li>■ les <b>coordonnées</b> complètes du cabinet médical et du praticien,</li> <li>■ la <b>date des soins</b> prévisionnelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ la <b>prescription médicale</b> indiquant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• les <b>symptômes</b> et la date des premiers symptômes,</li> <li>• la nature des examens prévus,</li> <li>• la copie des comptes rendus des examens précédents,</li> </ul> </li> <li>■ un <b>devis détaillé</b>,</li> <li>■ les <b>coordonnées</b> complètes du cabinet médical et du praticien,</li> <li>■ la <b>date des soins</b> prévisionnelle.</li> </ul>
Actes en série	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ la <b>prescription médicale</b> indiquant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• le diagnostic ainsi que la date du 1er diagnostic ou de la 1<sup>ère</sup> constatation,</li> <li>• le nombre de séances,</li> <li>• la copie des comptes rendus des examens précédents,</li> </ul> </li> <li>■ un <b>devis détaillé</b>, mentionnant le tarif par séance et sa <b>codification CCAM</b>, en cas de sur tarification, le praticien devra motiver son dépassement,</li> <li>■ les <b>coordonnées</b> complètes du cabinet médical et du praticien (cachet du praticien obligatoire),</li> <li>■ la <b>date de début des soins</b> prévisionnelle.</li> <li>■ le <b>compte rendu médical intermédiaire</b> en cas de demande de prolongation de séances.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ la <b>prescription médicale</b> indiquant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• le diagnostic ainsi que la date du 1er diagnostic ou de la 1<sup>ère</sup> constatation,</li> <li>• le nombre de séances,</li> <li>• la copie des comptes rendus des examens précédents,</li> </ul> </li> <li>■ un <b>devis détaillé</b>, mentionnant le tarif par séance,</li> <li>■ les <b>coordonnées</b> complètes du cabinet médical et du praticien (cachet du praticien obligatoire),</li> <li>■ la <b>date de début des soins</b> prévisionnelle.</li> <li>■ le <b>compte rendu médical intermédiaire</b> en cas de demande de prolongation de séances.</li> </ul>
	<b>SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRE</b>	
Soins dentaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ la copie de <b>radiologie panoramique</b> et/ou son compte rendu,</li> <li>■ le <b>plan de traitement détaillé</b> du praticien mentionnant le numéro des dents à soigner,</li> <li>■ un <b>devis détaillé</b>,</li> <li>■ les <b>coordonnées</b> complètes du cabinet médical et du praticien (cachet du praticien obligatoire),</li> <li>■ la <b>date de début des soins</b> prévisionnelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ la copie de <b>radiologie panoramique</b> et/ou son compte rendu,</li> <li>■ le <b>plan de traitement détaillé</b> du praticien mentionnant le numéro des dents à soigner,</li> <li>■ un <b>devis détaillé</b>,</li> <li>■ les <b>coordonnées</b> complètes du cabinet médical et du praticien (cachet du praticien obligatoire),</li> <li>■ la <b>date de début des soins</b> prévisionnelle.</li> </ul>
	<b>ORTHODONTIE (enfant)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ la copie de <b>radiologie panoramique</b> et/ou son compte rendu,</li> <li>■ le <b>plan de traitement détaillé</b> du praticien,</li> <li>■ un <b>devis détaillé</b> mentionnant la durée prévisionnelle du traitement,</li> <li>■ les <b>coordonnées</b> complètes du cabinet médical et du praticien (cachet du praticien obligatoire),</li> <li>■ la <b>date de début des soins</b> prévisionnelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ la copie de <b>radiologie panoramique</b> et/ou son compte rendu,</li> <li>■ le <b>plan de traitement détaillé</b> du praticien,</li> <li>■ un <b>devis détaillé</b> mentionnant la durée prévisionnelle du traitement,</li> <li>■ les <b>coordonnées</b> complètes du cabinet médical et du praticien (cachet du praticien obligatoire),</li> <li>■ la <b>date de début des soins</b> prévisionnelle.</li> </ul>

	Soins dispensés en France	Soins dispensés à l'étranger
Prothèse médicale d'appareillage	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ un <b>rapport médical</b> complet indiquant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• le diagnostic, la date de 1er diagnostic et les traitements antérieurs éventuels,</li> <li>• les circonstances de l'accident le cas échéant,</li> </ul> </li> <li>■ un <b>devis détaillé</b> indiquant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• les frais d'appareillage,</li> <li>• les frais de pose de l'appareillage,</li> </ul> </li> <li>■ les <b>coordonnées</b> complètes du cabinet médical et du praticien (cachet du praticien obligatoire),</li> <li>■ la <b>date des soins</b> prévisionnelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ un <b>rapport médical</b> complet indiquant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• le diagnostic, la date de 1er diagnostic et les traitements antérieurs éventuels,</li> <li>• les circonstances de l'accident le cas échéant,</li> </ul> </li> <li>■ un <b>devis détaillé</b> indiquant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• les frais d'appareillage,</li> <li>• les frais de pose de l'appareillage,</li> </ul> </li> <li>■ les <b>coordonnées</b> complètes du cabinet médical et du praticien (cachet du praticien obligatoire),</li> <li>■ la <b>date des soins</b> prévisionnelle.</li> </ul>
Traitement de la stérilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ un <b>rapport médical</b> complet détaillant la nature de l'infertilité et le déroulement prévu du traitement (protocole de soins),</li> <li>■ un <b>devis détaillé</b>,</li> <li>■ les <b>coordonnées</b> complètes du cabinet médical et du praticien (cachet du praticien obligatoire),</li> <li>■ la <b>date de début des soins</b> prévisionnelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ un <b>rapport médical</b> complet détaillant la nature de l'infertilité et le déroulement prévu du traitement (protocole de soins),</li> <li>■ un <b>devis détaillé</b>,</li> <li>■ les <b>coordonnées</b> complètes du cabinet médical et du praticien (cachet du praticien obligatoire),</li> <li>■ la <b>date de début des soins</b> prévisionnelle.</li> </ul>
Optique (Chirurgie réfractive de l'œil)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ un <b>rapport médical</b> complet détaillant la nature de l'intervention et le degré de correction,</li> <li>■ un <b>devis détaillé</b>,</li> <li>■ les <b>coordonnées</b> complètes du cabinet médical et du praticien (cachet du praticien obligatoire),</li> <li>■ la <b>date des soins</b> prévisionnelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ un <b>rapport médical</b> complet détaillant la nature de l'intervention et le degré de correction,</li> <li>■ un <b>devis détaillé</b>,</li> <li>■ les <b>coordonnées</b> complètes du cabinet médical et du praticien (cachet du praticien obligatoire),</li> <li>■ la <b>date des soins</b> prévisionnelle.</li> </ul>