

# QUELS JUSTIFICATIFS FOURNIR POUR VOS REMBOURSEMENTS EN SANTÉ ?



**BPCE Mutuelle vous rembourse dès réception des données télétransmises\* par votre centre de Sécurité sociale** (ou du décompte si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission).

Les remboursements sont effectués déduction faite des prestations servies par le régime obligatoire et éventuellement de celles versées par un, voire plusieurs, autre(s) organisme(s) complémentaire(s).

A ce titre, si vous bénéficiez de plusieurs couvertures complémentaires, vous devez adresser à BPCE MUTUELLE le décompte des remboursements effectués par vos autres couvertures complémentaires, ou à défaut une attestation de non prise en charge par ces dernières.

**POUR LES SOINS CI-DESSOUS, VOUS DEVEZ COMPLÉTER CES INFORMATIONS PAR L'ENVOI DES PIÈCES SUIVANTES**

	Vous bénéficiez de la télétransmission		Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission <sup>(2)</sup>
	Vous avez réglé la totalité de la facture	Vous avez réglé uniquement la part mutuelle (ticket modérateur et/ou dépassement d'honoraires)	
 <b>FRAIS D'HOSPITALISATION</b> (Frais de séjour, frais de chambre particulière, forfait journalier, honoraires, etc.)	Facture détaillée et acquittée <b>ou</b> Avis des sommes à payer + reçu de paiement	Facture détaillée et acquittée <b>ou</b> Avis des sommes à payer + reçu de paiement	Décompte du Régime obligatoire + Facture détaillée et acquittée <b>ou</b> Avis des sommes à payer + reçu de paiement
 <b>FRAIS MÉDICAUX</b> (consultations, pharmacie, analyses, radiologie, etc.)	(Rien à envoyer)	(Rien à envoyer)	Décompte du Régime obligatoire
 <b>PROTHÈSES AUDITIVES</b>	(Rien à envoyer)	Facture détaillée et acquittée avec localisation de l'oreille équipée + ordonnance ;  les ordonnances sur les 4 dernières années peuvent être demandées afin de s'assurer du respect de la périodicité de renouvellement (délais réglementaire) de chaque équipement	Décompte du Régime obligatoire + facture acquittée avec localisation de l'oreille équipée + ordonnance + devis + feuille de prêt des aides auditives établie par l'audio-prothésiste, portant mention de la durée du prêt et du type d'appareils ;  les ordonnances sur les 4 dernières années peuvent être demandées afin de s'assurer du respect de la périodicité de renouvellement (délais réglementaire) de chaque équipement
 <b>SOINS DENTAIRES</b>	(Rien à envoyer)	(Rien à envoyer)	Décompte du Régime obligatoire
 <b>PROTHÈSES DENTAIRES</b> (y compris couronnes, implants, inlay core, bridge, inter de bridge acceptés par la Sécurité sociale)	(Rien à envoyer)	(Rien à envoyer)	Décompte du Régime obligatoire + facture acquittée avec le numéro de la dent soignée + devis initial

		Vous bénéficiez de la télétransmission		Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission <sup>(2)</sup>	
		Vous avez réglé la totalité de la facture	Vous avez réglé uniquement la part mutuelle (ticket modérateur et/ou dépassement d'honoraires)	-	
	<b>IMPLANT DENTAIRE</b> non pris en charge par la Sécurité sociale	Facture acquittée précisant le numéro de la dent soignée, le montant et la désignation précise de l'acte + devis initial	-	Facture acquittée précisant le numéro de la dent soignée, le montant et la désignation précise de l'acte + devis initial	
	<b>PARODONTOLOGIE REFUSÉE</b>	Facture acquittée précisant le numéro de la dent soignée, le montant et la désignation précise de l'acte et du code CCAM + devis initial	-	Facture acquittée précisant le numéro de la dent soignée, le montant et la désignation précise de l'acte et du code CCAM + devis initial	
	<b>ORTHODONTIE ACCEPTÉE</b>	(Rien à envoyer)	(Rien à envoyer)	Décompte du Régime obligatoire + Facture acquittée précisant la date de début et de fin de période + devis initial	
	<b>ORTHODONTIE REFUSEE</b>	Facture acquittée précisant la date de début et de fin de période + devis initial	-	Facture acquittée précisant la date de début et de fin de période + devis initial	
	ÉQUIPEMENT OPTIQUE	Équipement simple (monture + verres)	(Rien à envoyer)	Facture détaillée et acquittée + ordonnance <sup>(1)</sup>	Décompte du Régime obligatoire + facture détaillée et acquittée + ordonnance <sup>(1)</sup>
	Double équipement vision de près/ vision de loin (2 montures + 2 paires de verres)	Ordonnances des deux équipements + facture détaillée et acquittée	Facture détaillée et acquittée + ordonnances des deux équipements	Décompte du Régime obligatoire + facture détaillée et acquittée avec données de dioptrie + ordonnances des deux équipements	Décompte du Régime obligatoire + facture détaillée et acquittée + ordonnance <sup>(1)</sup>
	Renouvellement de moins de 2 ans pour les adultes et 1 an pour les enfants	Factures et ordonnances des deux derniers équipements	Décompte du Régime obligatoire + factures acquittées + ordonnances des deux derniers équipements	Décompte du Régime obligatoire + factures acquittées + ordonnances des deux derniers équipements	Décompte du Régime obligatoire + factures acquittées + ordonnances des deux derniers équipements
	<b>LENTILLES</b>	Acceptées par la Sécurité sociale	(Rien à envoyer)	Facture acquittée + ordonnance <sup>(1)</sup>	Décompte du Régime obligatoire + facture acquittée + ordonnance <sup>(1)</sup>
	Refusées par la Sécurité sociale	Facture acquittée + ordonnance <sup>(1)</sup>	-	Facture acquittée + prescription médicale <sup>(1)</sup>	Facture acquittée + prescription médicale <sup>(1)</sup>
	<b>OPÉRATION DE CHIRURGIE REFRACTIVE</b>	Facture acquittée précisant la nature de l'intervention	-	Facture acquittée et détaillée + prescription médicale <sup>(1)</sup> précisant la nature de l'intervention	
	<b>CURES THERMALES</b>	(Rien à envoyer)	Facture acquittée	Décompte du Régime obligatoire + facture acquittée	

	Vous bénéficiez de la télétransmission		Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission <sup>(2)</sup>
	Vous avez réglé la totalité de la facture	Vous avez réglé uniquement la part mutuelle (ticket modérateur et/ou dépassement d'honoraires)	
 <b>MÉDECINE DOUCE</b>	Facture détaillée et acquittée précisant la spécialité du professionnel de santé, ses coordonnées, son n° RPPS (ADELI), la date des soins et le nom du bénéficiaire des soins ainsi que le montant réglé	-	Facture détaillée et acquittée précisant la spécialité du professionnel de santé, ses coordonnées, son n° RPPS (ADELI), la date des soins et le nom du bénéficiaire des soins ainsi que le montant réglé
 <b>NAISSANCE / ADOPTION</b>	Acte de naissance <b>ou</b> extrait du livret de famille <b>ou</b> copie du certificat d'adoption	-	Acte de naissance <b>ou</b> extrait du livret de famille <b>ou</b> copie du certificat d'adoption

Pour vous assurer que la procédure de télétransmission est opérationnelle, vérifiez que vos relevés de Sécurité sociale comportent la mention « **Décomptes transmis à votre mutuelle** ».

Les prestations citées ci-dessus peuvent être spécifiques à certaines couvertures. Reportez-vous au tableau des prestations correspondant à votre garantie, disponible sur le site [www.bpcemutuelle.fr](http://www.bpcemutuelle.fr) (Rubrique **Mes informations santé** > « **Mes garanties** »).



**ADRESSEZ VOS JUSTIFICATIFS À PARTIR DE VOTRE ESPACE PERSONNEL :**

Rubrique Mes démarches > Transmission de demande de remboursement

Afin de garantir le respect de la confidentialité médicale et la protection de vos données personnelles, nous vous remercions de nous adresser que les documents nécessaires à l'étude de vos demandes de remboursement (cf tableau ci-dessus).

- (1) La prescription médicale peut être adressée au médecin conseil de BPCE Mutuelle, sous pli confidentiel, à l'adresse suivante : BPCE Mutuelle - Médecin Conseil - 7 rue Léon Patoux CS 51032 - 51686 Reims Cedex 2
- (2) Pour les salariés bénéficiant de plusieurs couvertures, et ne bénéficiant pas de la télétransmission auprès de BPCE Mutuelle, le décompte des autre(s) organisme(s) complémentaire(s) ou l'attestation de non intervention doit être joint lors d'une demande de remboursement.

BPCE Mutuelle mène, conformément à la réglementation, une procédure de lutte contre la fraude. Dans ce cadre, elle se réserve le droit de demander tout renseignement complémentaire pour se prononcer sur la prise en charge des prestations.

*Ce document n'a pas vocation à être exhaustif.*