Feuille de **soins** et d'**entente préalable**

(Garantie Optimonde 2★★ uniquement)

Cadre réservé aux services d'Unéo - Ne rien inscrire

Recrut.

Évèn.

U38

U_FORM_U38_1402_MAJ1912

Unéo - Service prestations OME - 48 rue Barbès - 92544 Montrouge cedex - Tél. : 0 970 809 709 (appel non surtaxé) - **www.groupe-uneo.fr**

- **Merci d'écrire en lettres capitales ou de cocher vos choix sans déborder des cases**
- **Les dates sont à inscrire au format JJMMAA (par exemple : 15 août 1989 ▸ 150889)**

Votre n° d'adhérent ▸

Votre identité

Mme ☐ Mlle ☐ M. ☐ Nom

Prénom

Si le malade n'est pas l'adhérent

Mme ☐ Mlle ☐ M. ☐ Nom

Prénom

Né(e) le Lien avec l'adhérent

Vos coordonnées d'expatriation, d'affectation ou de résidence

Adresse ligne 1

Adresse ligne 2

Adresse ligne 3

Adresse ligne 4

Code postal Ville

Pays Téléphone (fixe ou portable)

E-mail

Accident

Si les soins font suite à un accident dont vous n'êtes pas le responsable, indiquez la date de l'accident

Comment obtenir vos remboursements

Compte à créditer :
Lors de la première demande de remboursement ou en cas de changement de compte, joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), à l'exclusion de tout autre document tel que chèque annulé, etc.

Comment obtenir vos remboursements :
Pour obtenir le remboursement de vos frais de maladie, vous devez, dans le délai d'un an à compter de la date du premier acte inscrit, adresser à Unéo ce formulaire, préalablement rempli par le praticien et le pharmacien.

Vous devez joindre à ce document :
- les ordonnances tarifiées par le pharmacien, revêtues de son cachet ;
- les factures acquittées ou les reçus delivrés par l'établissement de soins, l'orthopédiste ou l'opticien.

Les actes dispensés par les auxiliaires médicaux autres que les infirmiers sont soumis à l'entente préalable (demande figurant au verso à adresser au service Outre-mer - Étranger).

Signature

☐ Je certifie l'exactitude des éléments déclaratifs mentionnés ci-dessus.

Fait à

Le

Signature de l'adhérent

Ces données sont obligatoires pour permettre à Unéo et à ses partenaires de gérer votre adhésion. Conformément à la loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée , vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, pouvant s'exercer auprès du correspondant informatique et libertés de la mutuelle Unéo. Vous pouvez toutefois vous opposer à leur utilisation à des fins commerciales en cochant la case ci-contre : ☐

CADRE RÉSERVÉ À UNÉO

Bon à payer, le

☐ Accord

☐ Refus

(sous réserve de la vérification de vos droits administratifs, de la concordance des actes effectués avec tarification de la nomemclaure et s'il s'agit d'appareils d'orthopédie ou de prothèse, de l'exécution de l'appareillage par un fournisseur agréé).

Signature

TOURNEZ LA PAGE, SVP : FEUILLE DE SOINS A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Feuille de soins - À REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Date de l'acte ☐☐☐☐☐☐ Codification de l'acte(*) ☐☐ Montant des honoraires ☐☐☐ € ☐☐

Frais de déplacement : a. indemnités de déplacements ☐☐☐☐ b. indemnités kilométriques ☐☐☐☐

Produits et prestations délivrés(**) ☐☐☐☐ € ☐☐

Signature et cachet du praticien

Signature et cachet du pharmacien ou du fournisseur

Date de l'acte ☐☐☐☐☐☐ Codification de l'acte(*) ☐☐ Montant des honoraires ☐☐☐ € ☐☐

Frais de déplacement : a. indemnités de déplacements ☐☐☐☐ b. indemnités kilométriques ☐☐☐☐

Produits et prestations délivrés(**) ☐☐☐☐ € ☐☐

Signature et cachet du praticien

Signature et cachet du pharmacien ou du fournisseur

Date de l'acte ☐☐☐☐☐☐ Codification de l'acte(*) ☐☐ Montant des honoraires ☐☐☐ € ☐☐

Frais de déplacement : a. indemnités de déplacements ☐☐☐☐ b. indemnités kilométriques ☐☐☐☐

Produits et prestations délivrés(**) ☐☐☐☐ € ☐☐

Signature et cachet du praticien

Signature et cachet du pharmacien ou du fournisseur

Date de l'acte ☐☐☐☐☐☐ Codification de l'acte(*) ☐☐ Montant des honoraires ☐☐☐ € ☐☐

Frais de déplacement : a. indemnités de déplacements ☐☐☐☐ b. indemnités kilométriques ☐☐☐☐

Produits et prestations délivrés(**) ☐☐☐☐ € ☐☐

Signature et cachet du praticien

Signature et cachet du pharmacien ou du fournisseur

(*) *Chaque acte est désigné, conformément la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) par une lettre-clé du cœfficient :* **C** : consultation / **P** : acte de pratique médicale courante / **Z** : radiologie / **V :** visite / **CS :** consultation spécialisée / **K :** acte de chirurgie et de spécialité / **P** : prélèvement / **B** : analyses / **AM** : soins donnés par un auxiliaire médical / **SF** : acte pratiqué par une sage-femme et relevant de sa compétence propre.
(**) Joindre obligatoirement la prescription.

Demande d'entente préalable

☐ Exécuter un traitement d'orthopédie dento-facilale

Lettre-clé et cœfficient des actes ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ Dispenser une série d'actes côtés à la nomenclatures (joindre obligatoirement la prescription médicale)

Lettre-clé et cœfficient des actes ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ Achat d'un appareil d'orthopédie ou de prothèse (joindre obligatoirement la prescription médicale et, le cas échant, le devis du fournisseur)

Nom de l'appareil ou de la prothèse

Avant l'exécution du traitement orthodontique ou des séances de rééduction (kinésithérapie, orthoptite, orthophonie, acupuncture, allergologie, désensibilisation et pédicure) ou achat d'appareillage, l'adhérent doit faire établir par son praticien une *demande d'entente préalable*. En cas d'urgence, la mention « *Soins débutés ce jour vu l'urgence* » devra être portée sur la demande d'entente préalable.