



Cahier des charges du système d'assurance Santé de la MUDCI

Mai 2018

SOMMAIRE

Article 1 : Objet	3
Article 2 : définition.....	3
Article 3 : Étendue de la couverture	5
Article 4 : Présentation et description des prestations - modalités et conditions de bénéfice.....	5
Article 5 : Modalités d'adhésion.....	7
Article 6 : Ayants droit.....	7
Article 7 : La perte de la qualité de membre	8
Article 8 : La perte de la qualité d'ayant droit.....	8
Article 9 : Ouvertures et contrôle des droits aux prestations.....	8
Article 10 : Ententes préalables.....	8
Article 11 : Principales exclusions.....	10
Article 12 : Etendue géographique	13
Article 13 : Base de remboursement	13
Article 14 : Délai d'attente	13
Article 15 : Tableaux de prestations et plafonds de remboursement (voir en annexe)	13
Article 16 : Réseau de soins	13
Article 17 : La prise en charge des frais médicaux	16
Article 18 : Avis d'hospitalisation	16
Article 19 : Carte de Santé	16
Article 20 : Dépôt des factures des prestataires.....	16

Article 1 : Objet

Le présent cahier des charges a pour objet de fixer :

Les modalités et conditions générales de gestion des prestations médicales, paramédicales, chirurgicales, pharmaceutiques, et de toutes autres prestations en faveur des agents des Douanes de Côte d'Ivoire et de leur famille.

Article 2 : définition

Pour faciliter la compréhension du présent cahier des charges, quelques mots clés ont été définis et se présentent comme suit :

1. Cahier des charges :

Document portant définition du périmètre de couverture accordé aux ayants droit.

2. Tiers payant :

Sur présentation de leur CARTE **MUDCI** (Mutuelle des Douanes de Côte d'Ivoire), les patients seront pris en charge pour les consultations et les actes médicaux dans les établissements du réseau de soins dont le Centre Médical des Douanes **Général Issa Coulibaly** (CMD-GIC) General Issa Coulibaly est le centre de référence.

3. Ticket modérateur :

Montant non pris en charge par le régime et laissé à la charge du bénéficiaire. Il est de **20%**.

4. Bénéficiaires :

Les prestations sont offertes de plein droit et à titre principal :

- Aux fonctionnaires douaniers ;
- Aux fonctionnaires agents interministériels en fonction à la direction générale des douanes ;
- Aux journaliers et au personnel contractuel de la **MUDCI** et de la direction générale des douanes ;
- Aux agents de l'Administration des douanes qui partent à la retraite, ceux en position de disponibilité, et qui en font la demande selon les conditions définies dans le cahier des charges des prestations sociales.

5. Carte d'accès aux soins

Ce document essentiel doit être exigé de chaque bénéficiaire qui doit obligatoirement être inscrit, sous peine de se voir refuser les prestations garanties.

La carte est délivrée par le Secrétariat Exécutif de la **MUDCI**. Elle doit être retirée à tout bénéficiaire exclu.

6. Bon de prise en charge

Conformément à la pratique médicale, la prescription de tout médicament est faite par un médecin qualifié. Le bon de prise en charge médicale matérialise cette prescription conformément aux garanties prévues dans le barème de couverture.

7. Certificat de Prise en Charge

Les prestations d'examens médicaux, de traitements spéciaux, de travaux de laboratoire, d'hospitalisation pour maladie, intervention chirurgicale, maternité, sont subordonnées à la délivrance d'un certificat de prise en charge.

Ce document constitue la caution portée auprès de l'établissement médical par la mutuelle en garantie de paiement des frais exposés conformément aux garanties prévues dans le barème de couverture.

8. Accord ou entente préalable

Dans le cadre du système d'assurance maladie, l'entente ou accord préalable désigne l'accord de prise en charge qu'un patient doit d'abord obtenir, auprès d'un Médecin Conseil avant de bénéficier de certaines prestations, dont la liste est clairement établie.

9. Réseau de soins

Un réseau de soins est un ensemble de professionnels de santé, d'établissements de santé ou de services de santé avec lequel la **MUDCI** a signé des conventions.

10. Centre de référence

Dans le cadre des prestations de tiers payant, les bénéficiaires du système d'assurance santé résidant à Abidjan devront systématiquement passer par le **CMD-GIC** avant d'être orientés si nécessaire dans un établissement conventionné.

Article 3 : Étendue de la couverture

Sont couverts par le présent cahier des charges :

- Les frais médicaux (consultations, visites, soins)
- Les frais pharmaceutiques
- Les hospitalisations médicales et chirurgicales
- Les frais d'analyses
- Les frais de radiologies
- Les frais d'examens complémentaires tel qu'endoscopie, fibroscopie,
- Les frais de transport par ambulance (voir annexe)
- Les frais d'optique médicale et de lunetterie
- Les frais de soins dentaires
- Les frais de prothèses dentaires (voir annexe)
- Les frais de maternité pré et post-natal
- La kinésithérapie et rééducation (**20 séances au maximum**)
- Les actes de spécialité de soins
- Les frais liés à la prise en charge thérapeutique du VIH/SIDA

Aucun traitement, médicament, appareil, intervention ou hospitalisation n'est pris en charge s'il n'a été ordonné par une personne titulaire d'un diplôme de Doctorat d'état en médecine, sage-femme dans le cadre des consultations prénatales.

Tous les actes médicaux pratiqués en dehors du centre médical General Issa Coulibaly doivent être autorisés par les médecins conseils de la **MUDCI**, suivant le principe du "TIERS PAYANT".

Article 4 : Présentation et description des prestations - modalités et conditions de bénéfice

1. Frais de chirurgie et d'hospitalisation médicale

La couverture s'applique aux frais de séjour du malade ou du blessé à l'hôpital ou en clinique, à la location de la salle, aux honoraires du chirurgien et auxiliaires en vue d'une opération ou d'un traitement ordonné par le médecin traitant et consécutifs à un accident ou une maladie. Pour les hospitalisations dans le réseau de soins de la MUDCI, les bons de prise en charge seront exclusivement délivrés, par les médecins conseils de la MUDCI, dans le délai maximum de 48 heures (sauf cas de force majeure : week-end, jours fériés, heures non ouvrées et urgence) après l'émission de l'avis d'hospitalisation.

Systeme d'Assurance Santé /MUDCI

L'établissement d'accueil membre du réseau de soins doit transmettre l'avis d'hospitalisation dès l'admission ou au plus tard dans les 12 heures au CMD-GIC.

Les frais chirurgicaux sont remboursés à 100% à l'exception du matériel chirurgical (Matériel d'ostéosynthèse, prothèse, greffe etc...) entièrement à la charge du patient. Toutefois, il existe un plafond pour certaines affections chirurgicales (Voir annexe). **En cas de dépassement du plafond, le surcoût est à la charge du patient.**

Pour les frais médicaux, le taux de couverture est de 80%. La chambre est à 100% avec un plafond fixé à 30. 000 frs par jour.

2. Maternité

Les frais liés à la grossesse et ceux occasionnés après l'accouchement jusqu'à la consultation post-natale seront pris en charge pour les mutualistes de sexe féminin et pour les conjointes déclarées par les mutualistes de sexe masculin après un délai de carence de neuf (09) mois à compter de la date d'adhésion.

Concernant l'accouchement, les frais seront pris en charge suivant le plafond indiqué au barème de remboursement joint en annexe.

- Les grossesses molaires et les grossesses arrêtées prouvées par une échographie seront prises en charge ;
- Les échographies du 1er, 2eme et 3ème trimestre sont autorisées et peuvent être réalisées sans entente préalable dans les établissements du réseau de soins. Toute autre échographie obstétricale doit faire l'objet d'une entente préalable.

NB : Pour les conjointes ou adhérentes résidant à Abidjan, le bilan prénatal sanguin est à réaliser au CMD-GIC.

3. Frais pharmaceutique – Radiologie - Analyses et Fournitures

La prise en charge est limitée aux seuls médicaments autorisés, radiologies, analyses et fournitures prescrits par le médecin traitant sur l'ordonnance et sur présentation de l'original de cette dernière.

NB : Les examens autorisés et pouvant être réalisés sans entente préalable dans les structures du réseau de soins sont les suivants :

NFS – GE – FROTTIS – QBC – CREATININE – GLYCEMIE - RX PULMONAIRE.

L'utilisation conjointe des cartes MUGEF-CI et MUDCI donne droit à une couverture des frais de pharmacie (à l'exception des vaccins) à 100% comme suit :

- **MUGEF-CI : 70% ;**
- **Systeme d'assurance santé de la MUDCI : 30%.**

4. Optique

Les verres et montures sont pris en charges dans les limites du plafond prévu au barème et remboursement en annexe.

L'original de l'ordonnance prescrite par un médecin ophtalmologue et la facture proforma de l'opticien choisi par le patient, devront être présentées au préalable, au médecin conseil de la MUDCI pour l'obtention de la prise en charge.

5. Dentisterie

Les soins dentaires et les frais de prothèse sont pris en charge conformément au barème de remboursement en annexe.

Les prothèses dentaires et les prothèses dentaires provisoires d'enfants de moins de 15 ans sont soumises à l'accord préalable du Médecin-dentiste.

Article 5 : Modalités d'adhésion

L'adhésion à la **MUDCI** est acquise du seul fait de l'appartenance au personnel en activité de la Direction Générale des Douanes conformément à l'article 7 des statuts de la MUDCI relatif aux modalités d'adhésion.

L'adhésion peut résulter d'un acte d'adhésion d'un agent de la Direction Générale des Douanes admis à faire valoir ses droits à la retraite ou mis en disponibilité, qui s'engage à payer régulièrement ses cotisations et selon les modalités définies par le cahier des charges des prestations sociales.

NB : Une réflexion est en cours pour définir une sous police pour les retraités.

L'adhésion peut également résulter d'un acte d'adhésion d'une personne morale par la voie d'un contrat collectif conclu avec la **MUDCI**.

Article 6 : Ayants droit

Par ayants droit, il faut entendre les personnes à la charge des membres participants et déclarées à la MUDCI, pour les prestations de prévoyance sociale, à savoir :

- l'époux ou l'épouse, à défaut, le (la) conjoint(e) déclaré(e) ;
- au plus six (6) enfants du membre participant, âgés de 0 à 20 ans et ceux âgés de 21 à 25 ans s'ils sont scolarisés.

Parmi ces enfants déclarés, le membre participant peut prendre en charge au maximum deux (2) enfants dont il a la tutelle légale (puissance parentale).

NB : dans le cas de grossesse multiple au moment de la naissance du sixième enfant, les nouveau-nés supplémentaires sont systématiquement couverts par la **MUDCI**.

Article 7 : La perte de la qualité de membre

La qualité de membre se perd dans les cas :

- De décès ;
- D'exclusion conformément aux statuts et règlement intérieur de la **MUDCI**
- Interruption du contrat de travail

Article 8 : La perte de la qualité d'ayant droit

La qualité de membre se perd dans les cas :

- De perte de la qualité du membre participant
- De perte de la qualité de conjoint (Divorce, séparation, ...) ;
- D'atteinte d'âge limite des enfants ;
- Du mariage d'un enfant ;
- De décès
- D'exclusion conformément aux statuts et règlement intérieur de la **MUDCI**

Article 9 : Ouvertures et contrôle des droits aux prestations

1. Ouverture des droits

Sauf cas de force majeure, les maladies ou accidents doivent, sous peine de rejet, être déclarés dans les 3 mois qui suivent la date des soins ou l'accident.

2. Contrôles

Dans certains cas et à tout moment, le médecin conseil de la **MUDCI** a libre accès auprès de tout bénéficiaire afin de pouvoir constater son état.

L'ayant droit doit fournir toutes les pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou examen que la **MUDCI** juge bon de lui demander.

Article 10 : Ententes préalables

En ambulatoire, la structure d'accueil est tenue par le biais du mutualiste ou d'un parent, avant d'engager des soins soumis à entente préalable, d'adresser au Médecin conseil une demande d'entente préalable. Les documents transmis devront être intégralement remplis par la structure d'accueil (identité du malade, Code d'identification, la nature de l'affectation).

La réponse doit être communiquée sous 48 heures à l'agent.

En cas d'hospitalisation, les actes soumis en entente préalable doivent être faxés au secrétariat du CMD-GIC.

Systeme d'Assurance Santé /MUDCI

Dans l'urgence, la structure d'accueil peut appeler les médecins conseils pour obtenir un accord. Cependant, le Médecin Conseil de la MUDCI ne peut opposer à l'ayant droit du régime, la violation du principe de l'entente préalable si l'urgence est confirmée par le Médecin traitant.

En l'absence d'urgence, tous les actes prescrits soumis à l'entente préalable (voir liste ci-dessous) avant exécution, doivent obtenir l'accord des Médecins Conseils.

Le mutualiste est tenu de fournir toutes pièces justificatives nécessaires y compris la facture pro-forma (uniquement pour la lunetterie, prothèse dentaire et intervention chirurgicale programmée), avant validation de l'acte prescrit par le médecin traitant.

Sont soumis à la formalité d'entente préalable, les actes ou traitement suivants :

- Orthodontie pour les enfants jusqu'à 14 ans
- Rééducation
- Kinésithérapie
- Traitements au long cours (durée supérieure à un mois)
- Traitements spéciaux tels que la chimiothérapie, la dialyse.
- Intervention chirurgicales programmées
- Aérosols
- Traitements antiviraux
- Interruption spontanée ou thérapeutique de grossesse
- Soins dispensés par des auxiliaires médicaux
- Frais d'infirmier, grand-malade à domicile
- Soins au Laser
- Electrodiagnostic y compris le Scanner
- IRM
- Doppler
- Mammographie
- Hystérosalpingographie (HSG)
- Bilan prénatal
- Bilan hormonal
- Frottis cervico-vaginal
- Biologie

En cas d'urgence, la mention « acte d'urgence » devra être portée par le médecin traitant sur la demande d'entente préalable.

Article 11 : Principales exclusions

Ne sont pas pris en charge :

1. Les actes suivants

- Les ordonnances délivrées par des infirmiers, des médecins et auxiliaires non reconnus par l'ordre des médecins et/ou l'Etat ;
- La médecine alternative-acupuncture-herboristerie-naturothérapie-phytothérapie-diététique-homéopathie ;
- Les visites médicales obligatoires (embauches et systématiques (ex : visites médicales périodiques imposées par le code du travail, etc.))
- Visites et bilans pré-nuptiaux ;
- Les soins ou interventions ayant pour but de remédier à toutes anomalies, infirmités, malformations constitutionnelles (Genou valgus, genou varum etc...) ;
- Les traitements ayant pour but esthétique ; d'amaigrissement ou de rajeunissement, traitement contre la cellulite, chéloïde ;
- les interventions consécutives à une interruption de grossesse volontaire.
- Les soins et/ou traitement définis à l'article VI (entente préalable) sans l'accord préalable du médecin conseil de la MUDCI ;
- Les frais de grossesse et d'accouchement des enfants des mutualistes ;
- Les verres non prescrits par un ophtalmologue ;
- Les verres afocaux ;
- Les massages, la chiropratique, les séances de diathermie et d'hydrothérapie, les mésothérapies, la balnéothérapie, cryothérapie, physiothérapie, électrothérapie, la **psychiatrie**, la psychothérapie, les bilans psychotiques, l'orthophonie congénitale ;
- **Les soins prophylactiques et dépistages systématiques** (PSA etc...) ;
- **Les bilans de santé et check-up** ;
- L'orthodontie pour les enfants de plus de 14 ans ;
- Les traitements parodontologiques (détartrage, greffe, lambeau, fluoration, etc) ;
- Greffon-Implants ;
- **Vaccination.**

2. Les maladies ou accidents résultant des causes suivantes

- Les accidents de travail et maladies professionnelles indemnisables.
- Les maladies congénitales (hernie ombilicale etc...)
- L'impuissance masculine et la stérilité
- Infertilité féminine

3. Les événements suivants :

- Pratique de sport dangereux (boxe, plongée sous-marine, etc.)
- Rixe
- Duels, actes criminels, émeutes, grève, mouvements populaires
- Insurrection militaire, guerre civile ou étrangère
- Evacuation sanitaire et rapatriement, frais de transport médicalisé
- Ivresse ou éthylisme, toxicomanie, mutilation volontaire, suicide ou tentative de suicide.
- Les grossesses contractées par les ayants droit ;
- Les frais liés à toute interruption volontaire de grossesse non prescrites ;
- Les avortements survenant avant la 12^{ème} semaine de grossesse quelle que soit leur cause ;
- Les lits accompagnateurs.

4. Les produits pharmaceutiques

- Les contraceptifs
- Les tests de grossesse
- Les réactifs et tests
- Les allergènes et coffrets de désensibilisation
- Les anti-alopéciques (Minoxidil solution...)
- Les médicaments de la lactation
- Les suppléances lacrymales (Larmes artificielles)
- Les produits de contactologie
- Les céruménolytiques
- Les antigénothérapie non spécifique
- Les Apports fluorés
- Les vitamines et fortifiants

Systeme d'Assurance Santé /MUDCI

- Les produits et aliments diététiques, et les produits similaires ou dérivés sous quelque forme que ce soit, les eaux minérales
- Les produits à usage cosmétique et d'hygiène (savons, pommades : roche posay...)
- Les accessoires à usage médical courant tels que thermomètre, gant de crin, seringue, vessie, bassin, inhalateur, bande, coton, bac et poire à lavement, etc...
- Accessoires médicaux (notamment Béquille-Canne Anglaise-Collier Cervical-Ceinture Lombaire, Bas de Contention...)
- Les produits pharmaceutiques à usage familial tels que l'alcool, mercurochrome, antiseptique (cytéal, mercryl, et autres) etc.
- Les antidépresseurs, les orexigènes, les hypnotiques, les anorexigènes
- Les vitamines anti-asthénie sexuelle, et /ou fortifiant.
- La nivaquine et les produits similaires ou dérivés sauf s'ils sont prescrits à titre curatif et en liaison directe avec la nature de l'affection
- Les pastilles, tablettes et édulcorants
- Les vaccins
- La naturothérapie
- La phytothérapie
- L'homéopathie
- Les médicaments appartenant aux classes thérapeutiques suivantes :
 - ❖ Les anti acnétiqes et anti séborrhéiques
- Les produits d'hygiène dentaire
- Les accessoires médicaux en dehors d'une hospitalisation
- Les déparasitants
- Les laxatifs
- Les aliments ou accessoires de bébé
- Les Anti Sudoraux
- Les Kératolytiques (en dehors des affections dermatologiques caractérisées)
- Les Topiques à activité trophique ou protectrice (Bépanthène, Brulex)
- Les Traitements de trouble de la pigmentation etc....

Article 12 : Etendue géographique

La Couverture médicale est limitée à la Côte d'Ivoire.

Article 13 : Base de remboursement

La prise en charge ou le remboursement des actes médicaux s'effectue sur les bases ci-après :

1. Sur la base du tarif préférentiel validé par le SYNAMEPCI et l'ACPCI (Voir annexe)
2. Selon la base de tarifs plafonnés de certaines affections chirurgicales par le conseil médical (Voir annexe)

Article 14 : Délai d'attente

La couverture est acquise sans délai de carence sauf en cas d'accouchement (voir article III Maternité).

Article 15 : Tableaux de prestations et plafonds de remboursement (voir en annexe)

Article 16 : Réseau de soins

Le CMD-GIC est le centre de référence, avec obligation pour les mutualistes d'y passer en cas de maladie, à l'exception des **enfants de moins de 15 ans**, des femmes pour **le suivi de grossesse** et les consultations de gynécologie et les malades en situation d'urgence.

Le CMD-GIC étant un hôpital de jour, les mutualistes pourront se rendre directement dans les autres établissements du réseau de soins le Dimanche, le Samedi après-midi, les jours fériés et en dehors des heures d'ouverture à savoir :

- Du Lundi au vendredi : 7h30 à 18h.
- Samedi : 7h30 à 12h30.

NB : Le passage obligé au CMD-GIC ne s'applique pas aux villes de l'intérieur.

Le système du Tiers Payant est applicable pour toutes les consultations et tous les autres actes médicaux exécutés et/ou prescrits à partir du CMD-GIC et des centres de soins du réseau MUDCI.

Les consultations et les actes médicaux réalisés dans le réseau de soins (à l'exception des cas mentionnés ci-dessus), doivent être accompagnés d'une prise en charge délivrée par les médecins conseils du CMD-GIC.

Systeme d'Assurance Santé /MUDCI

Un prestataire du réseau peut être suspendu ou retiré à tout moment, à la demande de la **MUDCI** suite à des anomalies ou au non respects du partenariat. Dans tous les cas, l'information devra être donnée à l'autre partie, dès que la décision est prise et, ce au plus tard sous huitaines avant l'exécution, afin de lui permettre de prendre les dispositions nécessaires qui s'imposent en interne.

Les actes pratiqués hors du réseau de soins seront remboursés uniquement en cas d'urgence sur présentation des justificatifs selon le barème pratiqué dans le réseau de soin. **Les actes réalisés hors du territoire national ne sont pas remboursés.**

Le remboursement des actes pratiqués hors réseau se fera dans un délai maximum de 4 mois.

1. Constitution et modification du réseau de soins

En vue de faciliter l'accès des bénéficiaires aux prestations médicales et dans des structures sanitaires de qualité, la MUDCI doit toujours continuer de développer son réseau de soins (ensemble des établissements conventionnés).

En fonction des besoins, le conseil médical identifie et sollicite les établissements sanitaires et les officines qui seraient en mesure d'offrir les prestations médicales sur la base des critères suivants :

- La Situation géographique et nombre de bénéficiaires à proximité ;
- Le Plateau technique de l'établissement ;
- La spécificité de l'établissement ;
- Les tarifs préférentiels ;
- Le Pool médical ;
- Les Protocoles thérapeutiques

Au regard de ces critères, deux démarches s'offrent au conseil médical :

- Soit par une demande de conventionnement à l'établissement ;
- Soit, l'établissement adresse une demande de conventionnement à la MUDCI.

1.1. Demande de conventionnement à un établissement

Dans le cadre du choix des prestataires médicaux et paramédicaux à conventionner, le Conseil Médical, après visite sur site et recueil d'informations, donne un avis technique favorable sur la base des informations et des objectifs :

- Plateau technique ;
- Orientation médicale ;
- Pool médical ;
- Protocoles thérapeutiques.

Le Conseil Médical entame des négociations d'ordre médical avec le prestataire à conventionner en vue d'obtenir des tarifs préférentiels.

Sur la base des accords, le Chef de Département Santé élabore une convention cadre qu'il soumet à la validation du Secrétaire Exécutif avant signature du Président Conseil d'Administration. Il y joint l'avis technique et la grille tarifaire des prestations garanties.

1.2. Demande de conventionnement d'un établissement

Lorsque le besoin de conventionner l'établissement demandeur est réel, le processus est identique à la première démarche.

1.3. Perte de la qualité de membre de réseau de soins

Un établissement peut perdre sa qualité de membre de réseau de soins dans les conditions suivantes :

- Plaintes récurrentes des bénéficiaires dûment constatées et justifiées ;
- Augmentation non justifiée de la grille tarifaire négociée ;
- Non application des clauses de la convention ;
- Non fréquentation de l'établissement par les bénéficiaires ;
- Réduction du nombre d'établissements dans le réseau de soins ;
- Echéance de la durée de la convention ;
- Cessation d'activités de l'établissement ;
- Etc.

Article 17 : La prise en charge des frais médicaux

Sur présentation de leur Carte de Santé, les bénéficiaires seront pris en charge au CMD-GIC et dans tout autre établissement du réseau de soins de la **MUDCI**. Les actes médicaux exécutés et/ou prescrits par les établissements du réseau de soins doivent être autorisés ou faire l'objet d'entente préalable.

Les ordonnances pharmaceutiques seront également délivrées selon le principe du "Tiers Payant" dès lors qu'elles seront prescrites par un médecin du CMD-GIC ou du réseau de soins MUDCI.

Article 18 : Avis d'hospitalisation

L'avis d'hospitalisation sera transmis au CMD-GIC pour information et pour validation. Cette transmission se fait en général par voie de Fax.

Article 19 : Carte de Santé

Chaque agent membre de la mutuelle est responsable des Cartes de Santé qui seront délivrés à son conjoint (e), à ses enfants et à lui-même.

En cas de pertes ou de vol, il est tenu d'en faire la déclaration à la mutuelle et ce, sur présentation du certificat de perte délivré par un commissariat de police.

NB : Durant cette période, un certificat de prise en charge d'une validité de 72heures non renouvelable est délivré par la responsable du CMD-GIC pour accéder aux soins.

Une nouvelle carte de santé sera délivrée à l'agent moyennant le paiement d'une somme forfaitaire par carte de 1000 FCFA, dans les sept jours qui suivent la déclaration de perte.

Toute mesure sera prise à cet effet en vue d'annuler la validité de la carte de santé perdue.

La carte MUDCI est exigée pour toute prestation effectuée dans le réseau de soin dont le CMD-GIC.

Article 20 : Dépôt des factures des prestataires

Les factures seront déposées par chaque prestataire au service facturation de la MUDCI :

La facturation effectuera le traitement des factures à savoir :

- Contrôle de l'identité de l'assuré bénéficiaire
- Contrôle médical des factures d'hospitalisation
- Contrôle du respect de la tarification
- Analyse et traitement des factures (pharmacie-consultation-examens et actes) conformément aux exclusions et ententes préalables du cahier des charges.