

FORMULAIRE DE RECLAMATION

Établissement de Santé



DEMANDEUR :

N° FINESS :

Nom ou cachet :

N° Tél :

E-mail :

Le

A

OBJET DE LA DEMANDE (à cocher) :

- Part Sécurité sociale
- Complémentaire Santé Solidaire (CSS)
- Part complémentaire

ELEMENTS DE LA FACTURATION INITIALE

N° de Sécurité sociale de l'assuré :

Nom - Prénom de l'assuré :

Nom - Prénom du bénéficiaire (si différent de l'assuré) :

Date de naissance du bénéficiaire :

Date des soins :

Feuille de soins électronique

N° de lot : N° de facture : Date de télétransmission :

Feuille de soins papier

N° de facture : Date d'envoi :

MOTIF DE LA DEMANDE

Facture non réglée

- Part obligatoire : rééditer une feuille de soins avec la mention « DUPLICATA » et la prescription médicale le cas échéant
- Part complémentaire uniquement : joindre la facture et/ou le décompte part obligatoire

Remboursement incomplet – joindre justificatifs et préciser :

Autre (à préciser) :

Merci d'adresser ce document par mail à : contacthospit.blf@msa33.msa.fr