

# FORMULAIRE DE RECLAMATION

Professionnel de Santé



ESMA01892

DEMANDEUR :

N° ADELI : .....

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 : [contactgrps.blf@msa33.msa.fr](mailto:contactgrps.blf@msa33.msa.fr)