

FORMULAIRE DE RECLAMATION PROFESSIONNEL DE SANTE



DEMANDEUR :

N° ADELI ou 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 à :

MSA Alpes-Vaucluse – 1 place des Maraîchers CS 60505 – 84 056 Avignon Cedex 9

Ce formulaire est téléchargeable sur le site alpes-vaucluse.msa.fr, rubrique Partenaire > Professionnel de santé > Formulaire de réclamation Professionnels de Santé