

# 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 de la Corse – Parc Cunéo d'Ornano – BP 407 – 20 175 AJACCIO Cedex**

Ce formulaire est téléchargeable sur le site [corse.msa.fr](http://corse.msa.fr), rubrique Partenaire > Professionnel de santé > Formulaire de réclamation Professionnels de Santé