



FORMULAIRE DE RECLAMATION

Veillez remplir le formulaire de réclamation ci-dessous portant sur un remboursement de soins (Consultation, pharmacie, analyse,...)

Réclamation présentée par :

Matricule : * _____

Nom : * _____ **Prénom : *** _____

Téléphone : _____ **Employeur :*** _____

(*) CHAMPS OBLIGATOIRES

Information Dossier :

Référence ou numéro décompte : * _____

Date de la prestation *: _____ **Médecin traitant :** _____

Montant dépense *: _____ **Montant Remboursé *:** _____

Code et prénom * Bénéficiaire : (1) _____

(1) : A : ASSURE , C : CONJOINT , E : ENFANT

(*) CHAMPS OBLIGATOIRES

Votre Réclamation Porte sur

Date Réclamation : _____

- Un Remboursement non effectué
- Une erreur dans le remboursement effectué
- Un règlement effectué par erreur
- Manque de complément
- Autre type de réclamation :

Pièces jointes : 1 _____

2 _____

3 _____

