FORMULAIRE RÉCLAMATION

Pôle
ÉTABLISSEMENTS

Ce formulaire, (remplissable en ligne) **doit être complété pour chaque facture faisant l'objet d'une réclamation et doit être envoyé avec la copie de la facture initiale et rectificative.**

ETABLISSEMENT : ..... NOM ASSURÉ : .....

N° FINESS : ..... NIR ASSURÉ : .....

VOTRE NOM : ..... Bénéficiaire de soins : .....

VOTRE MAIL : ..... Séjour du ... au ...

MOTIF DE LA RÉCLAMATION

N° DE LA FACTURE : .....

N° DU LOT : .....

DATE D'ÉMISSION : .....

► Merci de décrire précisément votre réclamation

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TOUTE DEMANDE FORMULÉE SUR UN AUTRE SUPPORT SERA RETOURNÉE

Avant toute demande, merci de vérifier que cette facture n'a pas fait l'objet d'un rejet non retraité par vos soins. Toute facture rectificative qui annule et remplace une facture initiale n'est pas une réclamation; elle doit, selon la circulaire N-DSS/1A/DGOS/RI/2012/240, être accompagnée d'une demande de traitement exceptionnelle motivée.

► etablissements.cpam-doubs@assurance-maladie.fr

► CPAM DU DOUBS - Pôle Etablissements
25036 BESANÇON Cedex

► Imprimé disponible sur ameli.fr

Formulaire réclamation Établissements - 2024-09 - com cpam 25

Sécurité sociale
l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Doubs