

FORMULAIRE DE RECLAMATION «FACTURATION» DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Ce formulaire doit être joint à toute réclamation envoyée par courriel ou courrier

Avant toute réclamation :

Consultez votre Espace Pro pour visualiser tous vos remboursements : <https://espacepro.ameli.fr>

Identification du professionnel de santé

Date :

Numéro d'identification :

Nom et prénoms :

Courriel :

┌ Votre cachet et votre n° d'identification ┐

└ ┘

**Formulaire
à compléter
pour 5 factures
maximum**

Informations relatives à la facturation et au motif de la réclamation

| Identification de l'assuré et du bénéficiaire de soins | | Informations concernant les éléments de facturation | | | Motif de la réclamation : cochez la case correspondant à la situation | | | | | | | |
|--|---|---|---------------|-----------------------------------|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| NIR | Nom et prénom du bénéficiaire (si différent de l'assuré) | N° de Lot | N° de Facture | Date des soins ou des prestations | Paiement non reçu | Remboursement incomplet * | | | | | | |
| | | | | | | Part CSS* non réglée | ALD* non réglée | Maternité non réglée | Stérilité* non réglée | AT* non réglée | Prévention non réglée | PAV 24€ non réglée |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*** Remboursement incomplet :**

Part CSS non réglée et si droit CSS différent du télétransmis : joindre l'attestation A26CSS

ALD non réglée : joindre la prescription médicale bizona en rapport avec l'ALD

Stérilité non réglée : joindre la prescription médicale en rapport avec la stérilité

Accident de Travail (AT) non réglée : précisez la date de l'AT et joindre la prescription médicale en rapport avec l'AT

Il n'est plus nécessaire de nous envoyer les factures rectificatives pour chaque réclamation