

## FORMULAIRE DE RECLAMATION «FACTURATION» DES PROFESSIONNELS DE SANTE

AFIN DE GARANTIR UN TRAITEMENT EFFICACE DE VOTRE DEMANDE,  
MERCİ DE JOINDRE UN FORMULAIRE POUR TOUTE RECLAMATION ET L'ENVOYER

- PAR COURRIEL : [dppr-reclamations@cgss.re](mailto:dppr-reclamations@cgss.re)
- PAR COURRIER : Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Réunion  
Service des Réclamations - DPPR\* - 4 boulevard Doret CS 53001 97741 ST-DENIS CEDEX 9

AVANT TOUTE RECLAMATION, consultez votre Espace PRO pour visualiser tous vos remboursements  
<https://espacepro.ameli.fr>

- **Feuille de soins électronique impayée**
    - vérifiez que vous n'avez pas reçu d'informations de la CGSSR sur un rejet de télétransmission
    - effectuez une nouvelle télétransmission si vous avez reçu un ARL négatif (en mode dégradé)
  - **Feuille de soins papier impayée**
    - patientez au moins trois mois, après l'envoi de votre facture initiale, avant d'adresser une réclamation
    - joignez au formulaire une feuille de soins papier avec la mention «DUPLICATA» en haut à droite, accompagnée de la prescription médicale (originale ou photocopie pour les actes prescrits)
  - **Remboursement erroné sur feuille de soins électronique ou papier**
    - en cas d'erreur, joignez au présent formulaire une feuille de soins rectificative ainsi que tout document justifiant votre réclamation (ordonnance bizona ...)
- ➔ **Toutes les informations relatives à l'identification de l'assuré ou du bénéficiaire (numéro de sécurité sociale, nom, prénom, date de naissance) ainsi que la nature des soins ou des prestations (date et cotation des actes) devront impérativement figurer sur ce «duplicata».**



Seules les réclamations accompagnées de ce formulaire (factures impayées ou partiellement réglées) feront l'objet d'un traitement. Toute autre demande (annulation de facture, indus ...) ne sera pas prise en compte par le service des Réclamations.

### Identification du professionnel de santé

N° d'identification : \_\_\_\_\_  
Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Veillez apposer votre cachet à cet endroit

- Remboursement non perçu : **joindre une facture avec la mention «duplicata»**  
 Remboursement erroné : montant réclamé \_\_\_\_\_ , **joindre une facture avec la mention «rectificatif»**

- Motif justifiant la demande de rappel  
- erreur sur le ticket modérateur

CMUC  ACS  Maternité  Stérilité  Prévention  AT du \_\_\_\_\_  Autres, à préciser \_\_\_\_\_

Autre(s) motif(s) : \_\_\_\_\_

TSVP ➔

## FORMULAIRE DE RECLAMATION «FACTURATION» DES PROFESSIONNELS DE SANTE



MERCI D'ANNEXER 10 FACTURES MAXIMUM A CE FORMULAIRE

- Numéro de facture : ..... Télétransmission :  FSE\*     Dégradé  
Hors télétransmission :  Feuille de soin papier
- Numéro de facture : ..... Télétransmission :  FSE\*     Dégradé  
Hors télétransmission :  Feuille de soin papier
- Numéro de facture : ..... Télétransmission :  FSE\*     Dégradé  
Hors télétransmission :  Feuille de soin papier
- Numéro de facture : ..... Télétransmission :  FSE\*     Dégradé  
Hors télétransmission :  Feuille de soin papier
- Numéro de facture : ..... Télétransmission :  FSE\*     Dégradé  
Hors télétransmission :  Feuille de soin papier
- Numéro de facture : ..... Télétransmission :  FSE\*     Dégradé  
Hors télétransmission :  Feuille de soin papier
- Numéro de facture : ..... Télétransmission :  FSE\*     Dégradé  
Hors télétransmission :  Feuille de soin papier
- Numéro de facture : ..... Télétransmission :  FSE\*     Dégradé  
Hors télétransmission :  Feuille de soin papier
- Numéro de facture : ..... Télétransmission :  FSE\*     Dégradé  
Hors télétransmission :  Feuille de soin papier
- Numéro de facture : ..... Télétransmission :  FSE\*     Dégradé  
Hors télétransmission :  Feuille de soin papier

*\*Feuille de Soin Electronique*

Date : .....

Signature :