

## FORMULAIRE DE RECLAMATION

(à envoyer par mail à [pfs.cssm@css-mayotte.fr](mailto:pfs.cssm@css-mayotte.fr) ou par courrier)

Numéro de sécurité sociale ou Numéro allocataire : .....

Nom : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Date de la demande : .....

### VOTRE RECLAMATION CONCERNE :

- Dossier concernant la maladie
- Dossier concernant les prestations familiales
- Dossier concernant la vieillesse
- Dossier concernant le service médical

### QUEL EST LE MOTIF DE VOTRE RECLAMATION :

- Prestation non payée :

Branche maladie :

- IJ Maladie
- IJ maternité
- IJ Accident du travail / maladie professionnelle
- Rente accident du travail
- Remboursement de soins
- Remboursement EVASAN
- Prise Ticket modérateur
- Capital décès
- Carte vitale / attestation de sécurité sociale

Branche famille :

- Allocation familiale / complément familiale
- Allocation rentrée scolaire
- Allocation logement
- Prime d'activité / RSA
- Allocation adulte handicapé / enfant handicapé
- Attestation

Branche retraite :

- ASPA
- Pension retraite
- Pension réversion
- Relevé de carrière

