

FORMULAIRE DE RECLAMATION

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

Numéro de sécurité sociale ou Numéro allocataire :

Nom :

Prénom : Date de naissance :

Téléphone :

Mail :

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

