

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 :

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

