



GR O U P E **vyv**

DEMANDE de REMBOURSEMENT

Trop perçu / acompte

Ce document concerne le remboursement d'un trop perçu ou d'un acompte versé pour des soins non réalisés.
Il ne peut en aucun cas être utilisé en cas de litige sur la réalisation ^{et}/ou la facturation de soins.
Pour ce faire, il convient d'adresser un courrier à la Direction de l'établissement.

PATIENT

Nom :

Prénom : Date de naissance :

REPRESENTANT LEGAL / PAYEUR

(pour les mineurs, mis sous tutelle, mis sous curatelle, et/ou si différent du patient)

Nom :

Prénom : Date de naissance :

REMBOURSEMENT

Montant du remboursement attendu : €

Cadre réservé au responsable d'équipe :

Accord

Refus

Date et Signature :

Demande traitée par (Initiales) :

Service :

Formulaire à transmettre au service facturation : cspfacturation@mgen.fr