



Formulaire de contact

VOTRE IDENTITÉ

QUALITÉ : (OBLIGATOIRE)

Monsieur

VOTRE NOM : (OBLIGATOIRE)

VOTRE PRÉNOM : (OBLIGATOIRE)

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : (OBLIGATOIRE)

Nécessaire pour un meilleur traitement de votre dossier

CLÉ :

2 chiffres

DATE DE NAISSANCE DE L'ASSURÉ : (OBLIGATOIRE)

Format de la date : jj/mm/aaaa

VOTRE ADRESSE EMAIL : (OBLIGATOIRE)

VÉRIFICATION DE L'ADRESSE EMAIL : (OBLIGATOIRE)

VOTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

VOTRE STATUT :

Ancien combattant

N° APPARTEMENT OU BOÎTE AUX LETTRES, ÉTAGE, ESCALIER OU CHEZ M... :

RÉSIDENCE, BÂTIMENT, ENTRÉE, TOUR, IMMEUBLE :

NUMÉRO, NATURE (RUE, AVENUE) ET NOM DE LA VOIE : (OBLIGATOIRE)

BOÎTE POSTALE, LIEU-DIT, QUARTIER, HAMEAU, POSTE RESTANTE :

CODE POSTAL DE RÉSIDENCE : (OBLIGATOIRE)

COMMUNE DE RÉSIDENCE OU CODE ET LIBELLÉ CODES : (OBLIGATOIRE)

PAYS : (OBLIGATOIRE)

VOTRE MESSAGE

OBJET DE DEMANDE :

Demande d'attestation de droit aux prestations de soins et à l'appareillage (bénéficiaires des articles L.212-1 et L.213-1 du CPMIVG)

VOTRE MESSAGE : (OBLIGATOIRE)

Le nombre maximum de fichiers est de 10.
Les types de fichiers acceptés sont : tif, jpg, jpeg, pdf, png.
Le poids total de tous les fichiers ne doit pas dépasser 10Mo.

FICHIER JOINT 1 : À UTILISER POUR NOUS ADRESSER DES DOCUMENTS SCANNÉS

Choose File No file selected

+ [Envoyer un fichier supplémentaire](#)

NOMBRE DE FICHIERS ENVOYÉS :

Poids total : 0Mo sur 10Mo

0

✓ ENVOYER

Les informations recueillies sont indispensables pour vous contacter et font l'objet d'un traitement automatisé.

Elles sont destinées à l'usage exclusif de la CNMSS mais pourront être conservées.

Conformément à la "loi informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition que vous pourrez exercer sans frais auprès de la CNMSS - Service Client - 247 avenue Jacques Cartier 83090 Toulon Cedex 9

Dernière mise à jour de l'article : 14/12/2020