

Démarche : Etablissements - Facture rectificative

Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Pyrénées-Orientales

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Etablissement SIRET	<input type="text"/>
Dénomination	<input type="text"/>
Forme juridique	<input type="text"/>

## Formulaire

Permettre aux établissements de déposer des factures rectificatives

**Dans quel département se trouve votre établissement ?**

Cette démarche ne concerne que les établissements de santé des Pyrénées-Orientales

**Identité de l'établissement**

**N° finess de l'établissement**

**Adresse mail de contact**

## Données de facturation à rectifier

**N° de la facture initiale**

**N° de lot**

**N° de sécurité sociale**

Sur 13 à 15 caractères

## Etablissements - Facture rectificative

Date de naissance du bénéficiaire des soins

Date de l'hospitalisation ou de l'acte

Motif de la demande

Montant de la différence demandée