

VOS PRESTATIONS MSA
Demande de recours suite à notification de dette

Monsieur le Président de la Commission de Recours Amiable,
de la Caisse de la MSA Languedoc

Votre demande concerne des prestations versées par :

- Le service famille
 - Le service retraite
 - Le service santé
- (Case à cocher le cas échéant)

Objet : demande de recours suite à une notification de dette

Monsieur le Président de la Commission de Recours Amiable,

Je soussigné (e) :
Nom-Prénom :

N° Sécurité Sociale :

J'ai reçu en date du un courrier de votre part dans lequel vous m'avez signifié une demande de remboursement d'un montant de Euros pour un trop-perçu de.....(Indiquez le motif)

- Cas 1 : Je conteste le bien-fondé de cette demande (case à cocher le cas échéant)
- Je me suis trompé (e) dans ma déclaration (case à cocher le cas échéant)

Et je précise ici les raisons :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cas 2 : Je ne conteste pas le bien-fondé de cette demande, toutefois, ma situation financière ne me permet pas de vous rembourser la somme que vous me demandez. C'est pourquoi, je sollicite de votre part pour cette dette :

- une exonération totale ou partielle (case à cocher le cas échéant)

Veuillez agréer, Monsieur le Président de la Commission de Recours Amiable, l'expression de mes sentiments distingués.

Nom, Prénom :
Date :

Signature :