Prénom nom
Adresse
Code postal Ville
N° de téléphone

 Destinataire

 Adresse destinataire

 Code postal - Ville

 A .…(ville).…, le .…..(date).…..

Objet : remboursement des dépenses de santé
Réf. : contrat n°………………

P.J. : feuille de soins

Madame, Monsieur,

Titulaire du contrat d’adhésion n° …(précisez)… souscrit auprès de votre mutuelle, je me permets de vous contacter afin de vous demander de bien vouloir procéder au remboursement des dépenses de santé engagées le …(date)….

En effet, comme en atteste la feuille de soins jointe à la présente lettre, j’ai bénéficié d’actes médicaux. Ceux-ci m’ont coûté au total …(montant)… €.

Restant à votre entière disposition pour vous transmettre les informations complémentaires dont vous auriez besoin, je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, l’assurance de ma considération distinguée.

                                                                                                                                                                                                                                   Signature : .........................................