Prénom Nom

Fait à ……. , le …/….

Nom de la Compagnie d’assurance

Adresse

Code postal

N° d’assuré : …………

N° de contrat : ………….

Adresse postale

Téléphone

Objet : Demande de remboursement de frais médicaux

Madame, Monsieur,

Suite aux dépenses de santé engagées le …/…/…, je souhaite obtenir le remboursement prévu par mon contrat de mutuelle santé.

Vous pourrez trouver en pièce-jointe la feuille de soins attestant de mes dépenses et dressant un état détaillé des actes dispensés.

Je vous prie par avance de bien vouloir prendre en charge ma demande et de procéder à ce remboursement dans les plus brefs délais.

Dans l'attente de votre retour, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, d’agréer l’expression de mes sincères salutations.

Cordialement,

Prénom Nom

Signature