

Nom – Prénom
Adresse
Code postal – Ville
Numéro de Sécurité sociale

Référence du contrat

Fait à XXXX, le XX/XX/XXXX

Objet : Demande de remboursement de frais médicaux

Madame, Monsieur,

Je suis titulaire auprès de votre organisme d'un contrat de complémentaire santé « Nom du contrat » numéro XXXXXXXX.

J'ai bénéficié de soins le XX/XX/XXXX (date) et je souhaite obtenir le remboursement des frais engagés.

Je joins à ce courrier tous les documents utiles au traitement rapide de ma demande.

Dans l'attente de ce remboursement, je vous prie de croire Madame, Monsieur, en l'expression de mes salutations distinguées.

Nom – Prénom
Signature