[Prénom NOM]
[Adresse]
[Code postal – Ville]
[Numéro de Sécurité sociale]
[Téléphone]
[Adresse e-mail]

À l’attention du service de gestion
[Nom de la mutuelle]
[Adresse de la mutuelle]

À [Ville], le [Date]

Objet : Demande de remboursement de frais de santé

Madame, Monsieur,

Je vous adresse la présente afin de solliciter le remboursement des frais médicaux engagés récemment, conformément aux garanties prévues par mon contrat de complémentaire santé n° [Numéro de contrat ou d’adhérent].

Vous trouverez ci-joints les documents nécessaires au traitement de ma demande, à savoir :

- Le décompte de remboursement de la Sécurité sociale ;

- La facture acquittée du professionnel de santé ;

- L’éventuelle prescription médicale, si nécessaire.

Je vous remercie par avance de bien vouloir procéder au remboursement dans les meilleurs délais. Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

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

[Signature]