

[Prénom NOM]

[Adresse]

[Code postal - Ville]

[Numéro de Sécurité sociale]

[Téléphone]

[Adresse e-mail]

A l'attention du service de gestion

[Nom de la mutuelle]

[Adresse de la mutuelle]

A [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'adherent].

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]