

[Prénom][NOM]
[Adresse]
[Code Postal][Ville]
Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]
[Adresse Destinataire]
[Code Postal][VILLE]
Paris, le 02/02/2026

Objet : Demande de remboursement

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) [Votre prénom et nom], adhérent à votre mutuelle sous le numéro [Numéro d'adhérent], viens par la présente solliciter un remboursement pour des frais de santé engagés récemment.

En effet, le [Date de la dépense], j'ai dû engager une dépense relative à [Détails de la dépense : médicaments, consultation médicale, hospitalisation, lunettes, etc.] pour un montant total de [Montant total]. Cette dépense est normalement couverte par mon contrat de mutuelle sous certaines conditions.

Afin de faciliter le traitement de ma demande, je joins à ce courrier tous les justificatifs nécessaires à son traitement, notamment [liste des documents : factures détaillées, prescriptions médicales, etc.].

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire qui pourrait s'avérer nécessaire à l'examen de ma demande. Vous pouvez me contacter par téléphone au [votre numéro de téléphone] ou par e-mail à [votre adresse e-mail].

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ma demande et j'espère un retour rapide de votre part.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Votre prénom et nom]

[Prénom][NOM]

Signature