

[Prénom][NOM]

[Adresse]

[Code Postal][Ville]

Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]

[Adresse Destinataire]

[Code Postal][VILLE]

Paris, le 30/04/2026

Objet : Demande de prise en charge pour [type de soins ou traitement]

Madame, Monsieur,

Je suis adhérent(e) à votre mutuelle sous le numéro [Numéro d'adhérent] et je vous adresse cette lettre dans le but de solliciter une prise en charge pour [type de soins ou traitement].

Suite à une consultation avec mon médecin [Nom du médecin], il m'a été recommandé de subir un traitement spécifique / de recevoir des soins particuliers pour [mentionner la raison médicale, si possible]. Ces soins sont essentiels pour améliorer/maintenir ma santé et ma qualité de vie.

Je sollicite donc votre mutuelle pour une prise en charge des frais liés à ce traitement. En vue de faciliter l'examen de ma demande, je joins à ce courrier une prescription médicale et tout autre document pertinent, détaillant la nature du traitement et les coûts estimés.

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire qui pourrait être nécessaire à l'évaluation de ma demande. Vous pouvez me joindre par téléphone au [votre numéro de téléphone] ou par e-mail à [votre adresse e-mail].

Je vous remercie par avance pour 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]

Pièces jointes : [Liste des pièces jointes]

[Prénom][NOM]

Signature