

[Prenom][NOM]

[Adresse1]

[Code Postal] [VILLE]

Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]

[Adresse Destinataire]

[Code Postal] [VILLE]

Paris, le 28/06/2026

Demande de prise en charge d'un transport médical

Madame, Monsieur,

Mon état de santé nécessite des déplacements réguliers vers [précisez : un établissement de soins, un centre de dialyse, un service de radiothérapie], et je sollicite la prise en charge des frais de transport correspondants.

Ces déplacements, prescrits par mon médecin, ne peuvent être effectués par mes propres moyens compte tenu de [mon état, mon incapacité à me déplacer seul, la nature des soins]. Un transport adapté ([véhicule sanitaire léger, ambulance ou taxi conventionné]) est donc nécessaire.

Vous trouverez ci-joint la prescription médicale de transport établie par mon médecin, qui en précise le motif et le mode. Je sollicite, le cas échéant, l'accord préalable de vos services pour la prise en charge de ces trajets.

Je vous remercie de bien vouloir m'indiquer les modalités de remboursement applicables, les éventuelles démarches complémentaires à accomplir, ainsi que la part des frais restant à ma charge.

Cette prise en charge m'est importante : la répétition de ces trajets représente un coût que je ne suis pas en mesure d'assumer seul, alors même qu'ils sont indispensables à la poursuite de mes soins. Je m'engage à n'utiliser que le mode de transport prescrit par mon médecin et à conserver l'ensemble des justificatifs de mes déplacements, afin de faciliter le traitement de mes demandes de remboursement et de m'assurer que celles-ci respectent bien les règles applicables.

Je me tiens à votre disposition pour tout justificatif complémentaire et vous remercie de l'attention portée à ma demande, ainsi que de la réponse que vous voudrez bien m'apporter.

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

[Prenom][NOM]

Signature