

[Prenom][NOM]

[Adresse1]

[Code Postal] [VILLE]

Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]

[Adresse Destinataire]

[Code Postal] [VILLE]

Paris, le 29/06/2026

Demande d'entente préalable pour un acte de santé

Madame, Monsieur,

Mon médecin ou mon praticien m'a prescrit [précisez : un acte d'orthodontie, une série de séances de kinésithérapie, un appareillage, une prothèse] qui, à ma connaissance, est soumis à l'accord préalable de l'assurance maladie.

Je vous adresse donc, par la présente, la demande d'entente préalable correspondante, établie et signée par le professionnel de santé, afin d'obtenir votre accord avant le début de ce traitement.

Je vous remercie de bien vouloir examiner cette demande et m'informer de votre décision dans les meilleurs délais, afin que je puisse engager les soins en bénéficiant de leur prise en charge. Je me tiens à votre disposition pour tout élément médical complémentaire que votre service médical jugerait utile.

Dans l'hypothèse où aucune réponse ne me parviendrait dans le délai prévu, je considérerai, sauf indication contraire de votre part, que l'accord est réputé acquis, conformément aux règles applicables à ce type de demande.

Ce traitement étant important pour ma santé, je souhaite pouvoir le débuter sans retard inutile, tout en m'assurant qu'il sera bien pris en charge par l'assurance maladie. Engager ces soins sans votre accord m'exposerait en effet à devoir en supporter seul le coût, ce que ma situation ne me permet pas. C'est pourquoi je préfère respecter scrupuleusement la procédure d'entente préalable et attendre votre décision avant toute intervention, tout en espérant une réponse rapide et favorable de votre part.

Vous trouverez ci-joint le formulaire de demande d'entente préalable ainsi que la prescription médicale correspondante.

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

[Prenom][NOM]

Signature