[Prenom][NOM]
[Adresse1]
[Code Postal] [VILLE]
Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]
[Adresse Destinataire]
[Code Postal] [VILLE]
Paris, le 11/11/2026

Demande de renouvellement de ma prise en charge à 100%

Madame, Monsieur,

Bénéficiant d'une prise en charge à 100% au titre d'une affection de longue durée, je constate que celle-ci arrive à échéance, ou qu'elle doit être réexaminée, et je sollicite son renouvellement.
Mon état de santé nécessite toujours un suivi régulier et des soins liés à cette affection, comme le confirme mon médecin traitant, qui a établi à cet effet un nouveau protocole de soins que je joins à la présente.
Je vous remercie de bien vouloir examiner le renouvellement de ma prise en charge à 100% afin que la continuité de mes soins soit assurée sans interruption. Toute rupture dans cette prise en charge me placerait en effet dans une situation difficile, compte tenu du coût des traitements liés à ma pathologie.
Vous trouverez ci-joint le protocole de soins actualisé établi par mon médecin, ainsi que tout document médical utile à l'appréciation de la persistance de mon affection et de la nécessité de poursuivre les soins concernés.
Je vous serais reconnaissant de m'informer de la décision relative à ce renouvellement, de sa durée, et de la date à compter de laquelle il prendra effet, afin que je puisse organiser la suite de mon suivi médical en conséquence et sans interruption de mes traitements.
Je me tiens à votre disposition pour toute pièce complémentaire et vous remercie de l'attention portée à ma demande, dont dépend la bonne continuité de mes soins. Je vous remercie de bien vouloir m'informer rapidement de votre décision afin d'éviter toute interruption de ma prise en charge.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prenom][NOM]

Signature