

[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 appareillage

Madame, Monsieur,

Mon médecin ou mon spécialiste m'a prescrit [précisez : des prothèses dentaires, des lunettes, des aides auditives] et je souhaite connaître les conditions de prise en charge de cet appareillage par l'assurance maladie.

Cet équipement m'est nécessaire en raison de [précisez : une perte auditive, un besoin de correction visuelle, un soin dentaire] et représente un coût important que je souhaite anticiper en m'informant précisément de mes droits.

Je vous remercie de bien vouloir m'indiquer les modalités de prise en charge de cet appareillage, et notamment si les équipements concernés relèvent d'une offre sans reste à charge, ainsi que les démarches à accomplir et la part éventuellement remboursée par ma complémentaire santé.

Vous trouverez ci-joint la prescription médicale ainsi que, le cas échéant, le devis établi par le professionnel de santé, qui détaille la nature et le coût de l'équipement envisagé. Je reste disposé à fournir tout document complémentaire.

Souhaitant pouvoir m'équiper sans renoncer à ce dont j'ai besoin pour ma santé, je tiens à connaître précisément le montant qui restera à ma charge avant de m'engager, afin de choisir l'équipement le mieux adapté à ma situation et à mes moyens.

Je me tiens à votre disposition pour toute précision et vous remercie par avance de votre réponse et de votre accompagnement dans cette démarche. Bien voir, bien entendre ou retrouver une bonne santé bucco-dentaire sont essentiels à mon quotidien, et je souhaite pouvoir m'équiper dans de bonnes conditions, sans renoncer à des soins importants pour des raisons financières.

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

[Prenom][NOM]

Signature