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

[Nom Destinataire]
[Adresse Destinataire]
[Code Postal] [VILLE]
Paris, le 04/11/2026

Objet : Demande de remboursement de frais médicaux

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) , affilié(e) à votre caisse sous le numéro de sécurité sociale [Votre Numéro de Sécurité Sociale], sollicite par la présente le remboursement de frais médicaux que j'ai personnellement avancés et qui n'ont pas fait l'objet d'une prise en charge automatique.
Ces frais correspondent à [Nature des Soins], dispensés le [Date des Soins] par [Nom du Praticien ou de l'Établissement], pour un montant total de [Montant en euros]. La télétransmission n'ayant pas été effectuée, je n'ai reçu aucun remboursement à ce titre et vous adresse donc ma demande sous forme de courrier afin que mon dossier puisse être instruit.
Vous trouverez ci-joint l'ensemble des justificatifs utiles à l'instruction : la feuille de soins originale signée par le praticien, la prescription médicale lorsqu'elle est exigée, ainsi que les pièces correspondant à ma situation (factures acquittées et leur traduction le cas échéant). Mon relevé d'identité bancaire à jour est également joint afin que le remboursement soit versé sur le bon compte.
Je vous saurais gré de bien vouloir procéder à ce remboursement dans les meilleurs délais. Je précise que ces soins datent de moins de deux ans, de sorte que ma demande est présentée dans le délai légal de prescription applicable. Je vous remercie par avance de bien vouloir m'adresser le décompte correspondant une fois mon dossier traité.
Si une pièce complémentaire s'avérait nécessaire à l'examen de ma demande, je vous remercie de m'en informer dans les meilleurs délais afin que je puisse vous la faire parvenir sans retard. Je reste à votre entière disposition pour vous fournir tout renseignement utile au bon traitement de mon dossier.
Dans cette attente, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prénom][NOM]

Signature