

[Prénom][NOM]

[Adresse1]

[Code Postal] [VILLE]

Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]

[Adresse Destinataire]

[Code Postal] [VILLE]

Paris, le 06/02/2026

Objet : Demande de remboursement de frais médicaux

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) , affilié(e) à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie sous le numéro [Votre Numéro de Sécurité Sociale], sollicite par la présente le remboursement de frais médicaux engagés le [Date des Soins] pour [Nature des Soins].

Conformément aux exigences administratives, je joins à ce courrier les justificatifs de droits ainsi que les pièces suivantes :

 La feuille de soins originale émise par le praticien ou l'établissement de santé, Les justificatifs de droits relatifs à mon affiliation, nécessaires pour une première demande de remboursement, Le ou les derniers bulletins de salaire pour justifier que mon travail au cours de l'année précédant le 1er juillet de l'année en cours représente moins de 1200 heures.

Je vous prie de bien vouloir procéder au remboursement dans les meilleurs délais et de m'informer de tout document complémentaire nécessaire à l'instruction de ma demande.

Je reste à votre entière disposition pour tout renseignement supplémentaire et je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ma demande.

Dans cette attente, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prénom][NOM]

Signature