

*Nom et prénom*

*Adresse*

*Numéro de téléphone*

*N° Sécurité sociale*

*N° adhérent mutuelle*

*Nom de l'assurance santé complémentaire*

*Adresse*

*Date et lieu*

Objet : demande de remboursement de frais de santé (médicaux, médecine alternative, paramédicaux)

Madame, Monsieur,

Je suis titulaire d'un contrat de mutuelle santé sous le numéro *numéro d'adhérent*.

Ayant engagé des frais pour des soins médicaux le *date*, je souhaite, par la présente, vous demander leur remboursement.

Afin que vous puissiez me rembourser, vous trouverez en pièce jointe :

- *La feuille de soins ou la facture,*
- *Mon ordonnance,*
- *Le relevé de remboursement de ma caisse d'assurance maladie*

Dans l'attente de ce remboursement, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, dans l'expression de mes sincères salutations.

*Signature*

*Nom et Prénom*