

MODÈLE DE LETTRE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Nom et prénom du demandeur : _____

Adresse : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Téléphone : _____

À l'attention de :

Organisme d'Assurance Maladie

Adresse de l'organisme

Objet : Demande de prise en charge médicale

Madame, Monsieur, Je me permets de vous adresser la présente demande de prise en charge médicale concernant les soins suivants, qui me sont indispensables pour mon état de santé. Je sollicite votre bienveillance afin que ces soins soient pris en charge conformément à la législation en vigueur et à mes droits en tant qu'assuré.

Informations sur la prise en charge demandée :

Nature des soins : _____

Nom et adresse de l'établissement ou du professionnel de santé : _____

Durée estimée du traitement : _____

Vous trouverez ci-joint les documents médicaux nécessaires attestant de la nécessité de ces soins ainsi que les prescriptions du médecin traitant. Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire ou document que vous jugerez utile.

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

Signature : _____

Fait à : _____

Le : _____

Signature du demandeur

Accusé de réception de l'organisme

Signature : _____

Signature : _____

Source originale de ce document :

<https://juridique-administration.com/modele-de-lettre-de-demande-de-prise-en-charge-medicale/>

Ce modèle vous a-t-il été utile ?

Découvrez d'autres modèles à jour sur :

<https://juridique-administration.com>

Voir plus de modèle

Ce modèle est destiné exclusivement à un usage personnel et non commercial.

Toute diffusion ou publication doit obligatoirement citer la source.

Ce modèle est fourni à titre purement indicatif et ne constitue pas un conseil juridique.
Il est recommandé de consulter un professionnel qualifié pour des situations spécifiques.