

LETTRÉ DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Lieu : _____ Date : _____

Informations du demandeur

Nom et prénom : _____

Adresse complète : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Informations de l'établissement médical

Nom de l'établissement : _____

Adresse complète : _____

Objet de la demande

Je soussigné(e), sollicite la prise en charge des frais médicaux relatifs aux soins suivants :

- Nature des soins : _____
- Date(s) prévue(s) des soins : _____
- Médecin prescripteur : _____

Conformément aux dispositions légales en vigueur, je joins à cette demande les justificatifs médicaux nécessaires.
Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Engagement et signature

Je certifie l'exactitude des informations fournies et m'engage à informer immédiatement votre service en cas de changement.

En foi de quoi, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature du demandeur

Cachet et signature de l'établissement

Signature : _____

Cachet : _____

Source originale de ce document :

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

Ce modèle vous a-t-il été utile ?

Découvrez d'autres modèles à jour sur :

<https://modele-demande.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.