

[Prénom][NOM]

[Adresse]

[Code Postal][Ville]

Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]

[Adresse Destinataire]

[Code Postal][VILLE]

Paris, le 16/04/2025

Objet : Demande de remboursement de soins médicaux à la CPAM

Madame, Monsieur,

Je me permets de vous écrire afin de solliciter le remboursement de mes soins médicaux pris en charge par la CPAM. En effet, j'ai effectué des soins médicaux le [date des soins] chez [nom du médecin ou de l'établissement] et je souhaiterais être indemnisé(e) conformément aux règles de remboursement de la CPAM.

Conformément à l'article L. 161-36 du Code de la sécurité sociale, je vous transmets la feuille de soins remplie par mon médecin traitant, ainsi que toutes les pièces justificatives nécessaires à l'étude de ma demande d'indemnisation. Vous trouverez également ci-joint une copie de ma carte vitale et de ma carte d'assuré(e).

[Préciser ici les soins réalisés et les frais engagés, si possible en citant les codes CCAM ou actes médicaux correspondants]. Le montant total des soins s'élève à [montant total] euros.

[Ajouter si nécessaire] Je tiens à souligner que ces soins étaient indispensables et ont été réalisés dans le respect des règles de tarification de la sécurité sociale.

Je vous serais gré(e) de bien vouloir examiner cette demande avec la plus grande attention et de procéder au remboursement des frais de santé engagés dans les meilleurs délais.

Je reste à votre entière disposition pour tout complément d'information ou en cas de nécessité. Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ma demande et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Votre prénom et nom]

[Prénom][NOM]

Signature