

[Prénom] [NOM]

[Adresse]

[CP & Ville]

Tél. : 01.23.45.67.89

[Prénom] [NOM]

[Adresse]

[CP & Ville]

Paris, le 31/03/2025

Objet : Réclamation concernant mon remboursement

Madame, Monsieur,

Je suis adhérent(e) à votre mutuelle sous le numéro [Numéro d'adhérent] et je vous écris pour exprimer mon insatisfaction concernant le traitement de ma demande de remboursement pour des frais de santé engagés récemment.

Le [Date de la dépense], j'ai dû engager une dépense relative à [Détails de la dépense : médicaments, consultation médicale, hospitalisation, lunettes, etc.] pour un montant total de [Montant total]. J'ai dûment transmis ma demande de remboursement accompagnée de tous les justificatifs nécessaires le [Date d'envoi de la demande].

Or, à ce jour, je n'ai reçu aucun remboursement ni aucune explication quant au retard ou au refus de cette prise en charge. Cela me cause un préjudice financier considérable et je trouve cette situation inacceptable.

Je vous prie donc de bien vouloir réexaminer ma demande dans les plus brefs délais et de procéder au remboursement conformément aux termes de mon contrat de mutuelle.

Dans l'attente de votre réponse, je vous joins à nouveau les copies des justificatifs nécessaires et je reste à votre disposition pour toute information complémentaire. Vous pouvez me contacter par téléphone au [votre numéro de téléphone] ou par e-mail à [votre adresse e-mail].

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ma demande et j'espère un retour rapide de votre part.

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

[Votre prénom et nom]

Pièces jointes : [Liste des pièces jointes]

[Prénom] [NOM]

Signature