

[Prénom] [NOM]

[Adresse]

[CP & Ville]

Tél. : 01.23.45.67.89

[Prénom] [NOM]

[Adresse]

[CP & Ville]

Paris, le 31/03/2025

Objet : Contestation de refus de prise en charge pour [type de soins ou traitement]

Madame, Monsieur,

Je suis adhérent(e) à votre mutuelle sous le numéro [Numéro d'adhérent] et je me trouve dans l'obligation de contester le refus de prise en charge concernant [type de soins ou traitement] dont j'ai récemment fait l'objet.

Suite à ma demande de prise en charge datée du [Date de la demande de prise en charge], j'ai reçu un courrier/ un e-mail en date du [Date du refus de prise en charge] m'informant du refus de prise en charge des frais relatifs à ce traitement.

Or, selon mon contrat de mutuelle et d'après la nature de mon traitement, je suis convaincu(e) que ces frais devraient être couverts. Je joins à cette lettre une copie du document justifiant le refus de prise en charge ainsi qu'une copie de la section pertinente de mon contrat de mutuelle.

Je vous demande donc de bien vouloir réexaminer ma demande de prise en charge. Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire qui pourrait être nécessaire pour l'évaluation de ma demande. Vous pouvez me joindre par téléphone au [votre numéro de téléphone] ou par e-mail à [votre adresse e-mail].

En espérant une issue favorable à ma demande, 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