

Civilité Nom Prénom
Adresse
Code postal – Ville

CPAM
Adresse
Code Postal - Ville

Fait à ..., le .../.../20..

Madame, Monsieur,

Je suis affilié à la sécurité sociale sous le numéro d'immatriculation suivant :
.....

Par la présente, je souhaite formuler une demande de remboursement pour les frais médicaux dont j'ai bénéficié le(s) .../.../20... (date à préciser)

De ce fait, je joins une/plusieurs feuille(s) de soins à ce courrier afin que le processus de remboursement puisse être entamé par vos soins. Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire au sujet de mon dossier.

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

Signature