

Nom Prénom  
Adresse

Nom de la mutuelle  
Adresse de la mutuelle

A....., le.../.../.....

Objet : demande de prise en charge  
Référence : n° du contrat, n° d'adhérent ou n° de Sécurité sociale

Madame, Monsieur,

Veuillez trouver ci-joint [la demande de prise en charge préalable ou le devis](1)(2) établi(e) par :

mon dentiste, Dr XXX (1)  
pour une intervention prévue le .../.../.....

*(dans le cadre d'une hospitalisation : précisez votre date d'entrée dans l'établissement, son nom, son fax et le nom du service dans lequel vous serez pris en charge)*

Je vous remercie de prendre note de cette demande et de me fournir une réponse dans les plus brefs délais.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature

(1)A remplir selon votre situation

(2)Pensez à joindre la demande de prise en charge ou le devis établi par votre médecin