*Prénom + Nom*

*Rue et numéro*

***NPA Localité***

*Votre numéro d’assuré(e) (selon votre contrat d’assurance)*

*Nom de l’assureur*

*Rue et numéro*

***NPA Localité***

Recommandé

*Lieu, date*

**Demande de prise de position**

Mesdames,

Messieurs,

Par la présente, je vous demande de motiver par écrit de façon détaillée votre refus de prise en charge de prestation joint à cet envoi (sans pour le moment rendre de décision formelle).

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, mes salutations distinguées.

*Prénom + Nom*

*Signature manuscrite*

Annexe: - Copie de votre refus de prise en charge

Copies : - *Compagnie de protection juridique XY*

* Office de médiation de l'assurance-maladie, Case postale 3565,
6002 Lucerne