

[NOM] [Prénom]
[Adresse]
[Téléphone]

[Nom de votre médecin]
[Adresse]

Fait à , le

Objet : DEMANDE D'INDULGENCE POUR DEPASSEMENT D'HONORAIRES

Docteur..... (**mettre son nom**),

Je soussigné(e) (**vos nom et prénom**), demeurant à , fais suite à votre consultation en date du , relative à (**décrire l'objet de la consultation**) au cours de laquelle vous m'avez informé du dépassement de vos honoraires qui se monteront àeuros.

Ne possédant pas de mutuelle (**OU**) ma mutuelle ne pouvant prendre en charge qu'une partie de la dépense trop importante pour moi, je sollicite votre indulgence quant à ce dépassement d'honoraires.

Je vous remercie donc de m'accorder une réduction (**OU**) la possibilité de vous verser vos honoraires en plusieurs fois.

Dans l'attente d'une réponse favorable de votre part, je vous prie d'agréer, docteur, l'expression des mes salutations distinguées.

Votre signature