

M ou Mme NOM Prénom
Adresse
Code postal / Ville
N° Tél :
Mail :



Faite à (Ville), le (date).

MDPH du (95, 78, 75 etc...)
[Adresse de la MDPH]
[Code postal et ville]

LRAR n° : 1A.....

Objet : Recours contre la décision de refus d'attribution « d'une prestation »

PJ : Copie de la décision et des pièces justificatives

Madame, Monsieur,

Je me permets de vous adresser ce courrier afin de contester la décision de refus de prise en charge de l'appareillage médical prescrit pour [nom de la personne concernée], souffrant d'un handicap.

J'ai récemment reçu une notification de la MDPH datée du [date de la notification] m'informant du refus de ma demande de prise en charge de l'appareillage médical nécessaire à l'amélioration de ma santé et à ma participation sociale. Cependant, après une analyse approfondie de la décision et une évaluation minutieuse de ma situation, je considère que ce refus est injustifié compte tenu de l'impact significatif de cet appareillage sur ma qualité de vie.

Je souhaiterais attirer votre attention sur les points suivants :

- [Argument 1] : Exposez ici le premier argument solide en faveur de la prise en charge de l'appareillage médical. Présentez les éléments médicaux et les recommandations professionnelles qui justifient la nécessité de cet appareillage pour votre santé, votre mobilité ou votre autonomie.
- [Argument 2] : Présentez ici un deuxième argument convaincant pour appuyer votre demande. Mettez en avant les témoignages de professionnels de la santé, de thérapeutes ou d'autres personnes compétentes dans le domaine, qui attestent de l'importance de cet appareillage pour votre bien-être et votre capacité à mener une vie active.
- [Argument 3] : Si nécessaire, exposez un troisième argument pertinent en expliquant comment cet appareillage contribuerait à améliorer votre qualité de vie et à vous permettre de participer pleinement aux activités quotidiennes, professionnelles ou sociales.

Je tiens à souligner que j'ai joint à ce courrier tous les documents nécessaires à l'appui de ma demande, y compris les prescriptions médicales, les rapports spécialisés et tout autre élément probant. Je vous serais reconnaissant(e) de les prendre en considération dans le cadre de ce recours.

Je suis pleinement conscient(e) de l'importance d'une évaluation approfondie de ma demande de prise en charge de l'appareillage médical et je reste ouvert(e) à toute demande d'information ou à toute évaluation supplémentaire que vous jugerez nécessaire pour étudier mon dossier de manière équitable et objective.

Dans l'attente d'une révision de votre décision, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

[Votre nom]

N'oubliez pas de personnaliser ce modèle en fonction de votre situation spécifique, en ajoutant ou en modifiant les arguments et les informations pertinentes à votre demande. Assurez-vous également de joindre toutes les pièces justificatives nécessaires pour renforcer votre recours.

Si vous rencontrez toutefois des difficultés, DAC'O'DOC est à votre disposition pour vous aider par téléphone au 01.78.45.29.93 ou par mail : contact@dacodoc-services.com