[Prénom][NOM]	
[Adresse]	
[Code Postal][Ville]	
Tél.: 01.23.45.67.89	
	Caisse primaire d'assurance maladie
	[Adresse Destinataire]
	[Code Postal][VILLE]
	Paris, le 21/10/2025
Objet : Déclaration de changement de médecin trait	tant
Madame, Monsieur,	
Je vous contacte afin de vous soumettre une déclar	ration de changement de médecin traitant.
En effet, pour des raisons personnelles, je ne souha docteur] exerçant au [indiquer l'adresse du médecin	aite plus être soigné par le docteur [indiquer le nom et le prénom du n].
Je vous prie d'enregistrer le nom et les coordonnées	s de mon nouveau médecin traitant ci-dessous :
- [indiquer le nom et le prénom du médecin],	
- [indiquer l'adresse et la ville du médecin].	
Je joins à la présente le formulaire de déclaration de	e choix du médecin traitant.
Dans l'attente de cette prise en compte par vos se	ervices, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de
mes sincères salutations.	
	[Prénom][NOM]
	Signature