

[Prénom][NOM]

[Adresse]

[Code Postal][Ville]

Tél. : 01.23.45.67.89

Caisse primaire d'assurance maladie

[Adresse Destinataire]

[Code Postal][VILLE]

Paris, le 04/05/2026

Objet : Déclaration de changement de médecin traitant

Madame, Monsieur,

Je vous contacte afin de vous soumettre une déclaration de changement de médecin traitant.

En effet, pour des raisons personnelles, je ne souhaite plus être soigné par le docteur [indiquer le nom et le prénom du docteur] exerçant au [indiquer l'adresse du médecin].

Je vous prie d'enregistrer le nom et les coordonnées 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 choix du médecin traitant.

Dans l'attente de cette prise en compte par vos services, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

[Prénom][NOM]

Signature