

[Prénom][NOM]

[Adresse]

[Code Postal][Ville]

Tél. : 01.23.45.67.89

Caisse primaire d'assurance maladie

[Adresse Destinataire]

[Code Postal][VILLE]

Paris, le 25/04/2025

Objet : Demande de bilan de santé gratuit

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) [Nom & prénom] être assuré(e) à la CPAM de [indiquer le nom de la ville] et vouloir bénéficier d'un bilan de santé gratuit en vertu de l'article L321-3 du code de la Sécurité sociale.

En effet, [je suis au RSA / je bénéficie de la CMU / j'ai entre 16 et 25 ans et je suis en formation / je suis chômeur / je suis invalide / etc.] [et expliquer clairement les raisons de votre demande].

Ou simplement :

Conformément au Code de la sécurité sociale, je suis assuré social en règle de mes cotisations et je peux donc prétendre à un bilan de santé complet tous les 5 ans.

C'est pourquoi, je vous prie de m'envoyer une demande d'inscription au bilan de santé gratuit.

Dans l'attente d'une réponse favorable, veuillez recevoir, Madame, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

[Prénom][NOM]

Signature