

[Prénom][NOM]

[Adresse1]

[Code Postal] [VILLE]

Tél. : 01.23.45.67.89

CPAM de Département

[Adresse Destinataire]

[Code Postal][VILLE]

Paris, le 11/04/2025

Objet : Demande de formulaire d'affiliation à la CMU de base

Madame, Monsieur,

Je me permets de vous contacter afin de solliciter l'affiliation à la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base. Actuellement, je me trouve sans couverture sociale, ce qui m'expose à des difficultés considérables en matière de santé et de bien-être.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'envoyer le formulaire nécessaire à mon affiliation à la CMU de base. Cette démarche me permettra d'accéder aux services de santé essentiels et de garantir ma protection sociale.

En tant que [Votre Statut ou Situation], je remplis les conditions requises pour bénéficier de cette couverture. Je suis prêt à fournir tous les documents justificatifs nécessaires pour compléter mon dossier.

Je vous remercie par avance pour la prise en compte de ma demande et reste à votre disposition pour toute information complémentaire ou rendez-vous que vous jugerez utile.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prénom][NOM]

Signature