

Dr <Nom Prénom>
<Adresse>
<téléphone>
<mail>
<numéro RPPS>

CPAM du <département>
<adresse de la CPAM>
<CP de la CPAM> <Ville de la CPAM>

à <Ville> le <Date>

Objet : Changement de secteur conventionnel

Madame, Monsieur,

Par la présente, je souhaite vous informer de ma décision d'exercer hors convention. Selon l'article R162-54-9 du code de la sécurité sociale, mon déconventionnement interviendra 30 jours après réception de ce courrier par vos services.

Je vous remercie d'en prendre rapidement connaissance et de m'adresser en conséquence de nouvelles feuilles de soins faisant état de mon nouveau statut conventionnel.

Cordialement,

Dr <Nom> <Prénom>