**(votre prénom et nom)**
(votre adresse)
(votre code postal et ville)
(votre numéro de téléphone)
(votre e-mail)
(votre numéro de sécurité sociale)

**Caisse Primaire Assurance Maladie**Dentiste-conseil CPAM (département)
(adresse)
(code postal et ville)

(votre ville), le (date)

**Objet : Demande de listing des actes dentaires**

Docteur,

Dans le cadre d’une procédure auprès de l’Ordre des Chirurgiens-dentistes, j’aurais besoin que vous me fassiez parvenir le listing complet des actes réalisés au niveau de mes dents, afin de connaître **les soins effectués sur les dents … et …**

En vous remerciant par avance,

Je vous prie d’agréer, Docteur, l’expression de mes sincères salutations.

(votre prénom et nom)