



Madame, Mademoiselle, Monsieur,

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Rhône vous propose de bénéficier d'un **Examen Périodique de Santé** gratuit dans un de ses Centres d'Examens de Santé (CES).

Vos enfants dès l'âge de six ans et vos ayants-droits peuvent également bénéficier d'un examen.

Cet examen de santé est adapté à votre âge et votre suivi médical habituel.

L'examen de santé comprend une consultation médicale et des examens complémentaires adaptés: prise de sang, analyse d'urines, examens visuel et auditif, examen du souffle, électrocardiogramme, consultation dentaire, radiographie pulmonaire,... Un examen gynécologique est proposé aux femmes.

A l'issue de cet Examen Périodique de Santé, vous pourrez être orienté(e) vers :

- des consultations personnalisées sur la nutrition, la consommation d'alcool, de tabac, de drogue
- des séances d'info santé gratuites sur différents thèmes : alimentation, mémoire, sommeil,...
- des ateliers ciblant le diabète, la bronchite chronique, la prévention des chutes.

Avec votre accord, les résultats de votre examen seront communiqués à votre médecin traitant.

Pour bénéficier de cet examen gratuit, il vous suffit de nous renvoyer ce document renseigné par mail au centre de santé de votre choix.

Vous pouvez également imprimer ce document, remplir la carte réponse ci-dessous et la renvoyer dans une enveloppe timbrée dans le centre de santé de votre choix.

Vous recevrez une convocation écrite ou mail pour votre rendez-vous.

Dans l'attente de vous accueillir prochainement dans nos locaux, je vous prie d'accepter, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Docteur Béatrice VAN OOST
Médecin directeur

DEMANDE D'INSCRIPTION
Pour un examen périodique de santé

CODE : 69 13200

Nom : _____ Prénom : _____ Nom de jeune fille : _____

Adresse : _____ Ville _____

Code postal : _____ Téléphone : _____ Mail : _____

Date de naissance : _____ N° de Sécurité Sociale : _____

Lieu d'examen souhaité (cochez la case correspondante) :

CES BARABAN

CES MERMOZ

CES RILLIEUX-LA-PAPE

CES VILLEFRANCHE-SUR-SAONE

Ne pas me convoquer durant la période suivante : _____

Pour vos ayants-droit (conjoint, enfants à charge) qui désirent également un examen périodique de santé, merci de préciser leurs nom, prénom, sexe et date de naissance : _____