

[Prénom][NOM]

[Adresse]

[Code Postal][Ville]

Tél. : 01.23.45.67.89

Commission de recours amiable de l'organisme

qui a rendu la décision contestée

[Adresse Destinataire]

[Code Postal][VILLE]

Paris, le 03/04/2025

Objet : Contestation d'une expertise médicale

Madame la Présidente / Monsieur le Président,

Je soussigné(e) [Nom & prénom] affilié(e) à la Sécurité sociale sous le numéro d'immatriculation [numéro], contester l'expertise médicale du docteur expert [nom du docteur] en date du [date].

En effet, je ne suis pas satisfait(e) de la décision rendue pour les raisons suivantes : [énumérer les éléments contestables].

C'est pourquoi, je vous demande de bien vouloir vous pencher sur mon dossier et donner un avis sur l'expertise médicale et la décision rendue par la Caisse primaire d'assurance maladie.

Veuillez trouver ci-joint :

Selon le cas : l'expertise médicale, la décision de notification, le document attestant de mon accident de travail, le document attestant de ma maladie professionnelle.

Je vous prie de croire, [Madame la Présidente / Monsieur le Président], dans l'expression de mes respectueuses salutations.

[Prénom][NOM]

Signature