

[Prénom Nom]
[Adresse]
[Code postal] [Ville]
Tél. : [Téléphone]
Email : [Email]

Commission Médicale de Recours Amiable
Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris
21 rue Georges Auric
75948 Paris Cedex 19

À [Ville], le [date]

Lettre recommandée avec accusé de réception

Objet : Contestation de la décision du médecin-conseil – Notification n°[numéro de notification]

Madame, Monsieur,

Par courrier en date du [date de la notification], le médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie a rendu une décision concernant [préciser l'objet : ma consolidation, mon taux d'incapacité, la prise en charge de mes soins, etc.]. Je conteste cette décision et sollicite, conformément à l'article L.141-1 du Code de la sécurité sociale, la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Je demande que le médecin expert soit désigné d'un commun accord entre le médecin-conseil de la CPAM et mon médecin traitant, le docteur [Nom du médecin traitant]. À défaut d'accord, je vous prie de bien vouloir solliciter le directeur général de l'Agence régionale de santé pour procéder à cette désignation.

Vous trouverez ci-joint la copie de la notification contestée ainsi que les certificats médicaux et pièces justifiant mon état de santé. Je me tiens à votre disposition pour toute information complémentaire et vous remercie de bien vouloir me communiquer le rapport médical du médecin-conseil afin que je puisse vous adresser mes observations dans le délai de vingt jours.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

[Prénom Nom]

Pièces jointes : copie de la notification de la décision contestée, certificats médicaux, [autres justificatifs]