

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

Service médical
Caisse primaire d'assurance maladie de Paris
21 rue Georges Auric
75019 Paris

À [Ville], le [date]

Lettre recommandée avec accusé de réception

Objet : Recours gracieux contre la décision de refus d'ALD du [date de notification]

Madame, Monsieur,

Par courrier du [date de notification], vous m'avez notifié le refus de prise en charge au titre de l'affection de longue durée (ALD) pour [pathologie]. Cette décision, fondée sur l'avis du service médical, ne correspond pas à la réalité de mon état de santé et aux critères définis par l'article L.324-1 du Code de la sécurité sociale.

Je conteste formellement cette décision et sollicite un réexamen de mon dossier. Conformément à l'article R.324-1, ce recours gracieux suspend le délai de recours contentieux de deux mois. Je vous demande de bien vouloir transmettre l'ensemble des pièces à la commission médicale de recours amiable (CMRA) si vous maintenez votre refus.

Je joins à ce courrier les éléments médicaux actualisés suivants : [compte rendu d'hospitalisation du 12 mars 2025, résultats de l'IRM du 3 avril 2025, certificat médical détaillé du Dr {Nom}]. Ces documents attestent de la gravité et du caractère prolongé de mon affection, justifiant une exonération du ticket modérateur.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prénom Nom]

Pièces jointes : copie de la décision de refus, certificats médicaux, résultats d'examens complémentaires