

[Prénom Nom]
[Adresse]
[Code postal Ville]
[Téléphone]
[Email]

Commission de Recours Amiable
Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris
21 rue Georges Auric
75019 Paris

À [ville], le [date]

Lettre recommandée avec accusé de réception

Objet : Contestation de la décision d'invalidité du [date de notification]

Madame, Monsieur,

Par la présente, je conteste la décision d'invalidité notifiée le [date de notification], par laquelle vous avez [refusé de me reconnaître invalide / classé en invalidité 1ère catégorie].

Cette décision ne correspond pas à mon état de santé réel. En effet, depuis le [date de consolidation], mon état s'est aggravé comme en témoigne le certificat médical du docteur [nom du médecin] joint, qui établit un taux d'incapacité de [taux]% et une capacité de travail restante inférieure à un tiers.

Je joins également les comptes rendus d'examens suivants : [liste des examens]. Ces éléments démontrent que je ne peux plus exercer mon activité professionnelle de [profession] dans des conditions normales.

Je sollicite donc un réexamen de mon dossier par la Commission Médicale de Recours Amiable, et demande à être convoqué pour une expertise médicale si nécessaire.

Dans l'attente, 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 : certificat médical du docteur [nom], comptes rendus d'examens, copie de la décision contestée