[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 01/12/2025
Objet : Contestation d'une expertise médicale	
Madame la Présidente / Monsieur le Président,	
Je soussigné(e) [Nom & prénom] affilié(e) à la Sécurité sociale	e sous le numéro d'immatriculation [numéro], contester
l'expertise médicale du docteur expert [nom du docteur] en date	e du [date].
En effet, je ne suis pas satisfait(e) de la décision rendue contestables].	pour les raisons suivantes : [énumérer les éléments
C'est pourquoi, je vous demande de bien vouloir vous pench	ner sur mon dossier et donner un avis sur l'expertise
médicale et la décision rendue par la Caisse primaire d'assuran	ice maladie.
Veuillez trouver ci-joint :	
Selon le cas : l'expertise médicale, la décision de notification, document attestant de ma maladie professionnelle.	, le document attestant de mon accident de travail, le
Je vous prie de croire, [Madame la Présidente / Monsieur le	Présidentl dans l'expression de mes respectueuses
salutations.	or residently, dane respection do mos respectively
	[Prénom][NOM]
	Signature