

[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 15/06/2026

Objet : Contestation d'une expertise médicale et saisine de la Commission de recours amiable

Madame la Présidente, Monsieur le Président,

Je soussigné(e) [Nom et prénom], affilié(e) à la Sécurité sociale sous le numéro d'immatriculation [numéro], domicilié(e) au [adresse complète], conteste par la présente l'expertise médicale réalisée par le docteur [nom du médecin expert] en date du [date de l'expertise], ainsi que la décision qui m'a été notifiée le [date de notification] sous la référence de dossier [numéro de dossier].

Je ne suis pas en mesure d'accepter les conclusions rendues pour les motifs suivants : [exposer précisément les points contestés, par exemple le taux d'incapacité retenu, la date de consolidation ou l'appréciation de mon état de santé].

Ces conclusions ne reflètent pas la réalité de mon état, attesté par les documents médicaux en ma possession. Je vous demande en conséquence de bien vouloir réexaminer mon dossier et de réviser la décision prise par la Caisse à la suite de cette expertise.

Vous trouverez ci-joint les pièces justificatives suivantes : copie de la décision contestée, copie du rapport d'expertise, ainsi que [certificats médicaux, comptes rendus d'examens, document attestant de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, selon votre situation].

Je reste à votre disposition pour vous transmettre tout élément complémentaire nécessaire à l'examen de ma réclamation.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations respectueuses.

[Prénom][NOM]

Signature