[Prenom][NOM]
[Adresse1]
[Code Postal] [VILLE]
Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]
[Adresse Destinataire]
[Code Postal] [VILLE]
Paris, le 05/11/2026

Objet : Recours amiable contre la décision de la CPAM relative à [decision contestee et sa date]

Madame, Monsieur,

Assuré(e) auprès de votre caisse sous le numéro de sécurité sociale [numero de securite sociale], je saisis la commission de recours amiable afin de contester la décision que vous m'avez notifiée concernant [decision contestee et sa date].
Cette décision m'a été notifiée le [decision contestee et sa date], et je forme le présent recours dans le délai de deux mois qui m'est imparti à compter de cette notification. Ce recours amiable constituant un préalable obligatoire, je vous saurais gré d'en accuser réception.
Après examen de la motivation retenue, je considère que cette décision ne tient pas compte de l'ensemble des éléments de mon dossier et qu'elle me cause un préjudice dont je vous demande le réexamen attentif.
Je conteste cette décision pour les motifs suivants : [motifs/elements]. Ces éléments justifient selon moi une issue différente de celle qui m'a été opposée et méritent d'être appréciés dans leur ensemble.
Vous trouverez joints à ce courrier la copie de la notification contestée ainsi que les justificatifs venant appuyer ma demande, que je tiens à votre disposition pour tout complément d'information ou toute pièce qui vous serait nécessaire.
En conséquence, je vous prie de bien vouloir réexaminer ma situation et de revenir sur la décision contestée, ou de me notifier, le cas échéant, les voies et délais de recours qui me restent ouverts devant le tribunal judiciaire.
Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prenom][NOM]

Signature