Prénom nom
Adresse
Code postal ville
N° de téléphone

1. mail

 Destinataire

 Adresse destinataire

 Code postal - Ville

 A .…(ville).…, le .…..(date).…..

Objet : recours suite au refus de remboursement

N° de sécurité sociale : ………………

P.J. : ………………………………….

Madame, Monsieur,

Affilié(e) à la CPAM sous le n° …(spécifiez)…, j’ai eu la mauvaise surprise d’apprendre par l’intermédiaire de votre courrier daté du …(précisez)… que vous refusez ma demande de prise en charge. Celle-ci concerne les frais de …(type d’acte)…. qui s’élèvent à …(montant)… €. Ils ont été réglés le …(date)….

Or, je conteste cette décision qui me paraît tout à fait infondée puisque …(argumentez)….

Aussi, j‘ai l’honneur de vous demander de bien vouloir réétudier mon dossier.

Vous trouverez joints à la présente, les …(documents justificatifs)… qui vous permettront de vous prononcer en ayant tous les éléments en main.

En comptant sur votre diligence, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l’assurance de ma parfaite considération.

                                                                                                                                                                                                                                   Signature : ........................................