Prénom Nom

Fait à ……. , le …/….

CPAM de ……

Adresse

Code postal

N° de Sécurité sociale : ……..

Adresse postale

Téléphone

#

# Objet : Réclamation suite à refus de prise en charge de frais de santé

# Madame, Monsieur,

# Suite à une maladie professionnelle / accident du travail survenu le …/…/…, j’ai eu une consultation médicale prescrite par mon médecin traitant. C’est pour cela que je vous adresse ce courrier accompagné des justificatifs nécessaires.

# J’aurais dû normalement recevoir le remboursement des frais engagés cependant je constate votre refus de prise en charge pour non souscription d’une assurance volontaire individuelle AT/MP.

Bien que n’ayant pas souscrit cette assurance complémentaire, je ne dois pas pour autant assumer seul les frais de santé occasionnés par un accident ou une maladie d’origine professionnelle. En effet, ceux-ci doivent être pris en charge par la branche maladie de la Sécurité Sociale au taux de remboursement en vigueur (70% pour une consultation médicale et 80% en cas d’hospitalisation) avec avance des frais.

Comme le disent les article L. 111-2-1 et 160-1 du Code de sécurité sociale : en aucun cas donc, l’absence de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie ou de l’accident ne peut conduire à réduire voire supprimer le bénéfice des prestations de frais de santé accordées par la Sécurité Sociale. Mon cas personnel est censé être couvert et je conteste donc votre décision.

En conséquence, je vous demande de bien vouloir régulariser la situation dans les meilleurs délais.

Dans l'attente de votre retour, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, d’agréer l’expression de mes sincères salutations.

Cordialement,

Prénom Nom

Signature