[Prénom, Nom de l'expéditeur]  
[Adresse]  
[Numéro de téléphone]  
[Adresse e-mail]

CAFAT

4 rue du Général Mangin

Nouméa

[maladie@cafat.nc](mailto:maladie@cafat.nc)

A [lieu], le [date]

    
**OBJET : CONTESTATION D’UNE DECISION DE LA CAFAT**

Madame, Monsieur,

Par un courrier reçu en date du [date de réception du courrier contesté envoyé par la CPAM], vous m’avez signifié votre refus de m’octroyer une prestation/ procéder à une affiliation/ procéder à un assujettissement/ procéder à un remboursement de soins médicaux.

Afin de justifier votre décision, vous indiquez que : [motifs du refus].

Or, par la présente, je conteste à la fois ces motifs et le refus signifié.

En effet, [raisons de la contestation].

Par conséquent, je sollicite un réexamen de mon dossier et vous demande de bien vouloir revenir sur votre refus.

Vous trouverez en pièces jointes les documents justifiant le bien-fondé de ma demande.

Dans l’attente d’un retour de votre part qui, je l’espère, sera positif, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l’expression de mes salutations distinguées.

[Signature]