Docteur [Prénom et NOM]

Exerçant au [Adresse]

 Mme/ M. le Directeur de la CPAM

Adresse de la CPAM dont le médecin relève

 Le [Date] 2016 à [Ville],

**Par Lettre recommandée avec A.R.**

**OBJET** : **Notification de refus de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)**

Madame / Monsieur le Directeur de la CPAM,

En qualité de médecin libéral relevant de la CPAM dont vous assurez la direction, je viens vers vous dans le délai de trois mois à compter de la publication au JO de l’arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l’assurance maladie signée le 25 août 2016 afin de vous **notifier mon refus de percevoir la totalité de la rémunération dite sur «  objectifs de santé publique » (ROSP) pour la durée de la convention conformément aux dispositions de son article 27.1.**

Vous souhaitant bonne réception de la présente,

Je vous prie d’agréer, Madame / Monsieur le Directeur de la CPAM, l’expression de mes salutations distinguées.

Docteur [Prénom et NOM]