

NOM et Prénom  
Adresse  
Code postal - Commune  
N° de sécurité sociale  
e-mail  
N° de téléphone

M. le Médiateur  
CPAM  
Adresse de votre CPAM  
Code postal Commune

Madame, Monsieur,

Je sollicite votre aide pour :

### **Décrivez le ou les problèmes rencontrés**

- coordonnées du professionnel de santé concerné :
- date du litige :

Je vous adresse ci-joint les documents concernant cette demande.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature