

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