

Document à remplir sur papier libre pour saisir le médiateur de la CPAM

NOM et Prénom

Adresse

Code postal - Commune

N° de téléphone

N° de sécurité sociale

M. le Médiateur

CPAM

Adresse de votre CPAM

Code postal Commune

Madame, Monsieur

Je sollicite votre aide pour :

Décrivez le ou les problèmes rencontrés

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

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

Signature

**DIFFICULTÉS D'ACCÈS À UN MÉDECIN TRAITANT
SIGNALÉES PAR UN BÉNÉFICIAIRE**

Bénéficiaire

NOM et Prénom :

N° de sécurité sociale :

Adresse : n° et voie.....

Code postal : Ville :

N° de téléphone : Adresse mail :@.....

Exposé des faits :

.....

.....

.....

Avez-vous des soins en cours ?.....

Médecins déjà contactés et motif du refus opposé

NOM et Prénom :

Lieu d'exercice :

Motif du refus :

NOM et Prénom :

Lieu d'exercice :

Motif du refus :

NOM et Prénom :

Lieu d'exercice :

Motif du refus :

NOM et Prénom :

Lieu d'exercice :

Motif du refus :

NOM et Prénom :

Lieu d'exercice :

Motif du refus :

NOM et Prénom :

Lieu d'exercice :

Motif du refus :

En signant la présente déclaration, j'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

NOM de l'agent d'accueil
(s'il a recueilli le signalement des difficultés rencontrées)

Date et signature du bénéficiaire