



NOTICE

AVANT D'ENGAGER UNE ÉVENTUELLE DÉMARCHE CONTENTIEUSE, LE MÉDIATEUR DE LA CIPAV OFFRE LA POSSIBILITÉ DE SAISIR UN TIERS EN CAS D'INSATISFACTION À LA SUITE DU TRAITEMENT (OU À L'ABSENCE DE TRAITEMENT) D'UNE RÉCLAMATION.

AVANT TOUTE SAISINE DU MÉDIATEUR, VOUS DEVEZ SAISIR LES SERVICES DE LA CIPAV DE VOTRE RÉCLAMATION. CE N'EST QU'EN L'ABSENCE DE RÉPONSE SATISFAISANTE OU FAUTE DE RÉPONSE DANS UN DÉLAI RAISONNABLE (2 MOIS) QUE LE SERVICE/LES SERVICES DU MÉDIATEUR PEUVENT INTERVENIR.



CONDITIONS DE RECEVABILITÉ DE VOTRE DEMANDE DE MÉDIATION :

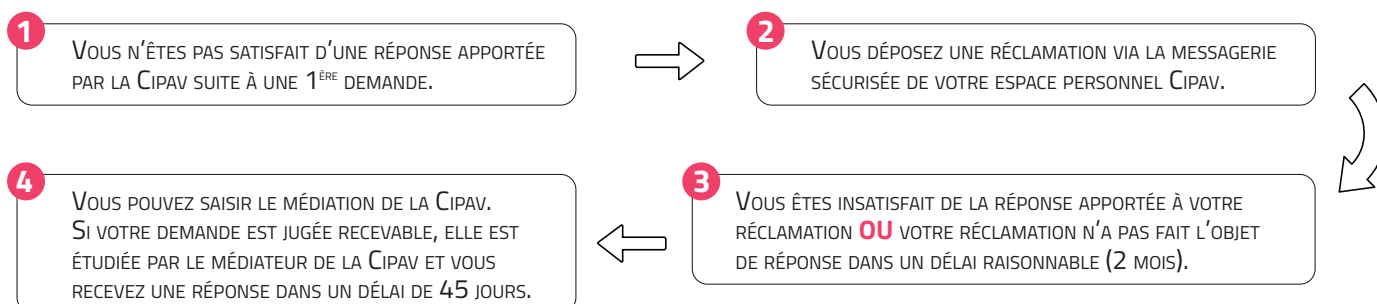
- POUR ÊTRE RECEVABLE, LA SAISINE DU MÉDIATEUR DOIT NéCESSAIREMENT ÊTRE RÉALISÉE VIA LE PRÉSENT FORMULAIRE, ET ACCOMPAGNÉE DES PIÈCES DEMANDÉES ;
 - FAIRE SUITE À UNE RÉCLAMATION DONT LA RÉPONSE EST INSATISFAISANTE OU RESTÉE SANS RÉPONSE PASSÉ UN DÉLAI RAISONNABLE (2 MOIS) ;
 - INTERVENIR AVANT TOUTE SAISINE DE LA COMMISSION DE RECOURS AMIABLE (CRA) OU SAISINE DE JURIDICTION.
- INFO :** LA SAISINE DU MÉDIATEUR SUSPEND, À COMPTER DE LA NOTIFICATION DE RECEVABILITÉ DE VOTRE DEMANDE, LES DÉLAIS DE RECOURS AUPRÈS DE LA COMMISSION DE RECOURS AMIABLE.



ANALYSE DE VOTRE DEMANDE DE MÉDIATION :

1. UNE FOIS VOTRE DEMANDE DE MÉDIATION DÉPOSÉE, VOUS RECEVREZ UN RETOUR SUR SA RECEVABILITÉ.
2. LE MÉDIATEUR ÉTUDIE VOTRE DEMANDE SUR LA BASE DES DOCUMENTS QUE VOUS LUI COMMUNIQUEZ.
3. LE MÉDIATEUR ÉMET UN AVIS ET LE COMMUNIQUE AUX SERVICES DE LA CIPAV DANS UN DÉLAI DE 45 JOURS.

DÉTAIL DU DISPOSITIF :





FORMULAIRE DE SAISINE DU MÉDIATEUR

ADRESSEZ LE FORMULAIRE DÛMENT COMPLÉTÉ ET ACCOMPAGNÉ DES JUSTIFICATIFS DEMANDÉS.

PAR E-MAIL À : MEDIATION.DIRECTION@LACIPAV.FR OU PAR COURRIER À : LA CIPAV - 9 RUE DE VIENNE - 75403 PARIS CEDEX 08.

- 1 COMPLÉTEZ LE FORMULAIRE (1 FORMULAIRE PAR DEMANDE).
- 2 ENREGISTREZ-LE SUR VOTRE ORDINATEUR.
- 3 ADRESSEZ-LE EN PIÈCE JOINTE PAR E-MAIL ACCOMPAGNÉ DES JUSTIFICATIFS DEMANDÉS.
- 4 VOUS RECEVREZ UN COURRIER VOUS INDIQUANT SI VOTRE DEMANDE PEUT ÊTRE ÉTUDIÉE OU SI ELLE EST IRRECEVABLE.

 **LES DEMANDES INCOMPLÈTES SONT IRRECEVABLES.**

1. CIVILITÉ

NOM DE L'ASSURÉ*

PRÉNOM*

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE*

NUMÉRO D'ADHÉRENT CIPAV*

DATE DE NAISSANCE*

E-MAIL*

TÉLÉPHONE*

*ZONES À REMPLIR OBLIGATOIREMENT

2. MOTIF

MOTIF DE VOTRE DEMANDE*

*ZONES À REMPLIR OBLIGATOIREMENT

3. HISTORIQUE DE LA DEMANDE

POUR LA MÊME DEMANDE, VOUS AVEZ DÉJÀ DÉPOSÉ UNE RÉCLAMATION**	N	O	À QUELLE DATE ?
VOUS AVEZ REÇU UNE RÉPONSE**	N	O	À QUELLE DATE ?
VOUS AVEZ SAISI LA COMMISSION DE RECOURS AMIABLE **	N	O	À QUELLE DATE ?
VOUS AVEZ SAISI LE TRIBUNAL	N	O	À QUELLE DATE ?

**SI OUI, PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT.



FORMULAIRE DE SAISINE DU MÉDIATEUR

EXPOSEZ VOTRE DEMANDE

DÉCRIRE CLAIREMENT ET PRÉCISÉMENT L'OBJET DE VOTRE DEMANDE.

L'EXPOSÉ DE VOTRE DEMANDE EST LIMITÉ CETTE PAGE.

DATE :

SIGNATURE DU DEMANDEUR :