

# DIFFICULTÉS D'ACCÈS À UN MÉDECIN TRAITANT

## SIGNALÉES PAR UN BÉNÉFICIAIRE

⇒ à transmettre au conciliateur de la caisse de MSA

### 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 motifs de 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 : .....

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