

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

à transmettre au conciliateur de votre caisse MSA

ESMA01763

## BÉNÉFICIAIRE

NOM et Prénom : .....

N° de sécurité sociale : .....

Adresse : .....

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