

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

⇒ à transmettre au conciliateur de la caisse d'assurance maladie

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