

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

⇒ à transmettre par mail au conciliateur de la caisse de MSA :  
*mediateursante\_msapa.blf@provence-azur.msa.fr*

**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