

DIFFICULTÉS D'ACCÈS À UN MÉDECIN TRAITANT

A transmettre dûment complété au conciliateur en santé de la MSA MPS :

- par courrier, en écrivant à l'attention du conciliateur santé, MSA Midi-Pyrénées Sud 78, voie du TOEC
31064 TOULOUSE Cedex 9

- par mail, à l'attention du conciliateur santé, en écrivant à : preventionsante.blf@mps.msa.fr

Assuré MSA MPS

NOM et Prénom :

N° de sécurité sociale :

Adresse : n° et voie

code postal : ville :

N° de téléphone : Adresse mail :@.....

Commune de travail ou de poursuite d'études : Département :

Date :

Motif de la saisine du conciliateur en santé :

.....
.....
.....
.....
.....

Aidez-nous à mieux cerner vos besoins et difficultés :

Avez-vous des soins en cours ?

- Oui
 Non

Renoncez-vous à consulter malgré des problèmes de santé ?

- Oui
 Non

Depuis combien de temps n'avez-vous plus de médecin traitant ?

- Moins de 6 mois
 De 6 mois à 1 an

- Plus de 1 an

Avez-vous recours aux services des urgences en attendant de trouver un médecin traitant même s'il ne s'agit pas d'une urgence vitale ?

- Oui
- Non

D'autres membres de votre foyer sont-ils également concernés ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquels ?

Plusieurs réponses possibles, cocher les cases qui vous concernent.

- conjoint
- enfant(s)
- parent dépendant
- autre (préciser)

Rencontrez-vous des difficultés compliquant la recherche d'un médecin traitant ?

Plusieurs réponses possibles, cocher les cases qui vous concernent :

- problème de mobilité/accessibilité (situation de dépendance physique) ?
- problème de locomotion (pas de permis, pas de véhicule, éloignement des transports en commun, ...)
- horaires de travail décalés, absence de visibilité sur vos horaires de travail à venir ?
- pas d'accès à internet pour la prise de rendez-vous
- autre (préciser :))

Médecins déjà contactés et motif du refus évoqué

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 :

Souhaitez-vous bénéficier d'un accompagnement pour vous aider dans vos recherches ?

- Oui
- Non

En signant la présente déclaration, j'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

NOM du salarié MSA

(s'il a recueilli le signalement des difficultés rencontrées)

**Date et signature de l'assuré
ou de son représentant légal**