

## Annexe 2 : modèle de formulaire de plainte

### Saisine pour refus de soins discriminatoire

**Vous estimant victime d'un refus de soins, vous saisissez par ce courrier l'une des autorités compétentes pour la mise en place d'une conciliation**

| 1 - Votre identité et vos coordonnées                      |                                                                     |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Nom Prénom                                                 |                                                                     |
| Adresse postale                                            |                                                                     |
| N° de téléphone                                            |                                                                     |
| Adresse électronique                                       |                                                                     |
| Moyen par lequel vous souhaitez recevoir votre convocation | <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Courriel |

| 2 – Le professionnel de santé mis en cause                                                                                                                                                                         |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <i>Si vous ne connaissez pas l'identité du professionnel de santé, merci de renseigner les informations permettant de l'identifier, par exemple sa spécialité et le numéro de téléphone du secrétariat médical</i> |  |
| Nom Prénom                                                                                                                                                                                                         |  |
| Spécialité exercée                                                                                                                                                                                                 |  |
| Adresse du lieu d'exercice                                                                                                                                                                                         |  |
| Numéro de téléphone du secrétariat médical                                                                                                                                                                         |  |
| Autre information permettant d'identifier le professionnel de santé mis en cause                                                                                                                                   |  |

| 2 – Les faits reprochés         |  |
|---------------------------------|--|
| Date des faits                  |  |
| Description des faits reprochés |  |

Cette saisine est à adresser :

- soit **au directeur de la caisse d'assurance maladie** à laquelle vous êtes rattaché (Caisse primaire d'assurance maladie [CPAM], Caisse générale de sécurité sociale [CGSS], caisse de la Mutualité sociale agricole [MSA] ou Caisse de sécurité sociale de Mayotte [CSSM]) ;
- soit **au président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel** dont dépend le professionnel de santé mis en cause (le conseil départemental ou interdépartemental de l'ordre concernant les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, le conseil régional ou interrégional de l'ordre concernant les pédicures-podologues et les pharmaciens).

La séance de conciliation sera organisée dans **un délai de trois mois** suivant la réception de la plainte.

*La personne qui s'estime victime d'un refus de soins discriminatoire peut saisir d'une plainte le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil de l'ordre professionnel dont dépend le professionnel mis en cause.*

*Ce refus de soins discriminatoire peut prendre la forme d'une des pratiques suivantes, non exhaustives :*

- *l'orientation répétée ou abusive sans justification médicale vers un autre professionnel, centre ou établissement de santé ;*
- *la fixation d'un délai de rendez-vous manifestement excessif au regard des délais habituellement pratiqués par le professionnel ;*
- *le non-respect des tarifs opposables pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (anciennement la couverture maladie universelle complémentaire [CMU-c] et l'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS]), des limitations d'honoraires ou des plafonds tarifaires ;*
- *le refus d'appliquer le tiers payant ou d'élaborer un devis dans les situations où ils sont prévus par la loi ou la voie conventionnelle ;*
- *les pratiques, attitudes et comportements, intentionnels ou non, conduisant à un traitement différencié du patient, un motif discriminatoire cités tel que l'origine, la religion, le handicap, l'orientation sexuelle, le bénéfice de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale de l'Etat, etc.*