

Formulaire de réclamations _ Mutualistes

Date :

Déclaration de la réclamation

ADHÉRENT	
Matricule	Organisme Employeur
Noms et Prénoms de l'adhérent	
Téléphone	Email

OBJET	
Objet <input type="checkbox"/> RCO <input type="checkbox"/> Produits Complémentaires <input type="checkbox"/> Immatriculation <input type="checkbox"/> Cotisations <input type="checkbox"/> Réseau de soins <input type="checkbox"/> Résiliation <input type="checkbox"/> Contrôle médical <input type="checkbox"/> Remboursement <input type="checkbox"/> Centre d'Appel <input type="checkbox"/> Représentations <input type="checkbox"/> Autres	
Noms du bénéficiaire Matricule	
Date et heure de l'incident Lieu de l'incident	
Nom du prestataire ou de l'agent	

DESCRIPTION DE LA PLAINTE OU RÉCLAMATION	ANALYSE DES CAUSES
.....

ADHÉRENT	PIÈCES JOINTES	AGENT
Date et signature		Date , signature et cachet

NB: Veuillez joindre, au besoin, les pièces justificatives pour faciliter le traitement de votre réclamation à l'adresse reclamation@mugcf-ci.com.

Cadre réservé au traitement de la réclamation

ANALYSE DE LA PLAINTE OU RÉCLAMATION	DÉCISION
Date de réception <input type="checkbox"/> Réclamation Non Fondée <input type="checkbox"/> Réclamation Fondée Actions à mener..... Date , Noms Signature	Observations Date , Noms Signature