

Formulaire de réclamations _Mutualistes

Date :

Déclaration de la réclamation

ADHERENT	
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@mugef-ci.com.

Cadre réservé au traitement de la réclamation

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

La MUGEF-CI collecte vos données à caractère personnel pour le traitement de votre réclamation. En signant cette fiche, vous consentez au traitement de vos données conformément à la loi n°2013-450 du 19 juin 2013 relative à la protection des données à caractère personnel. Pour plus d'informations, veuillez consulter notre politique de protection des données ou exercer vos droits d'accès via l'adresse : dpo@mugef-ci.com