

FORMULAIRE DE PLAINTE

I. Vos coordonnées personnelles

Afin de traiter votre plainte le plus efficacement et rapidement possible, merci de bien vouloir compléter les rubriques suivantes (*= rubriques obligatoires).

Nom *	
Prénom *	
Rue + N° *	
Code Postale *	
Commune*	
Pays*	
Téléphone*	
Fax	
Email*	
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	

Vous portez plainte en tant que :

- Affilié
- Dispensateur de soins (spécifié votre spécialité)
- Maison médicale
- Etablissement hospitalier
- Autre : _____

Date à laquelle les faits se sont produits (ou période)* : _____

Signature et date :

II. Description détaillée du problème

1. De quel service vous plaignez-vous ?

Accueil téléphonique

- Accessibilité, attente Amabilité Confidentialité Renseignements

Détail : _____

Accueil Virtuel

- Accessibilité Contenu Présentation Utilisation

Détail : _____

Guichet en face à face

- Accessibilité, attente Amabilité Confidentialité Renseignements Avantages
 Environnement Avantages

Préciser le point conseil ou le service précis : _____

Détail : _____

Produits

- Adéquation aux besoins Concurrence Tarif, prix Affiliation au produit Respect engagement
 Utilisation du produit

Préciser le produit particulier sur lequel porte la plainte : _____

Détail : _____

Service

- Acte de gestion Délai de traitement Information reçue Respect engagement Réception de courrier

Préciser le point conseil ou le service précis : _____

Détail : _____

2. Avez-vous d'autres remarques ou commentaires ?

Merci d'être le plus clair possible dans la formulation de votre plainte :
