

FORMULAIRE DE PLAINTE - TIERS

Cadre réservé à la mutualité :

Date de réception : __/__/____	Gestionnaire :
Date de clôture : __/__/____	N° : ____-____-____-____-__

Tiers concerné :

Dénomination : _____
N° INAMI : _____
N° de compte : BE _____ - BIC : _____
Adresse : _____ _____
<u>Indispensable</u>
N° de téléphone : _____ / _____
@ : _____ @ _____ . _____



Objet de la plainte :

- O Décision médecin-conseil
- O Diminution de facture
- O Délais de remboursement
- O Erreur de tarification
- O Perte de documents
- O Call Center difficilement joignable
- O Autre

Dans tous les cas, veuillez détailler (date et résumé des faits) :

Signature

Date : __/__/____