

## نموذج الشكوى

### معلومات شخصية

الاسم الأول	
اسم العائلة	
هل أنت عضو مؤمن حالياً في سيغنا هيلث كير؟ (يرجى اختيار الخانة المناسبة)	لا نعم
رقم العضوية في سيغنا هيلث كير (للأعضاء الحاليين)	
صاحب الوثيقة (اختياري)	
رقم الهاتف	

### تفاصيل الشكوى

نوع الشكوى:	
رقم المطالبة (إذا كانت الشكوى متعلقة بالمطالبة)	
رقم الموافقة (إذا كانت الشكوى متعلقة بالموافقة المسبقة)	
كيف تفضل أن يتم التواصل معك بشأن الشكوى؟ يرجى تقديم تفاصيل الاتصال الخاصة بك	البريد الإلكتروني هاتف
الخلفية: يرجى تقديم الخلفية وتفاصيل الشكوى في الخانة أدناه. قد تشمل هذه التفاصيل التواريخ التي حصل فيها موضوع الشكوى و مع من جرى التواصل وما الإجراءات التي اتخذت حتى الآن.	

يرجى تقديم أي مستندات ذات صلة بالشكوى عن طريق البريد الإلكتروني (مثل التقارير الطبية، نتائج التحاليل المخبرية، والمراسلات البريدية) بعد النقر على زر التقديم أدناه.

ملاحظة: عندما تقدم هذه الشكوى، سيتم التواصل معكم خلال يومي عمل (2) للإقرار بالشكوى و موافاتكم رقم مرجعي للشكوى.

نهدف إلى تقديم حل مناسب خلال أربعة عشر (14) يوم عمل من استلام الشكوى.

في حال تقديم استئناف، سيتم استلامه وسيتم تقديم إجابة خطية خلال يومي عمل.

تقديم