

## نموذج الشكوى

### معلومات شخصية

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

### تفاصيل الشكوى

نوع الشكوى:	
رقم المطالبة (إذا كانت شكواك متعلقة بالمطالبة)	
رقم الموافقة (إذا كانت شكواك متعلقة بالموافقة المسبقة)	
كيف تفضل أن يتم التواصل معك بشأن شكواك؟ يرجى تقديم تفاصيل الاتصال الخاصة بك	البريد الإلكتروني هاتف
الخلفية: يرجى تقديم الخلفية وتفاصيل شكواك في الخانة أدناه. قد تشمل هذه التفاصيل التواريخ التي وقعت فيها الأمور، ومن تحدثت بالفعل حول هذه المسألة، وما الإجراء الذي اتخذت حتى الآن.	

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

ملاحظة: عندما تقدم هذه الشكوى، سنتصل بك خلال يوم عمل (1) للإقرار بشكواك ومشاركتك رقم مرجعي للشكوى.

نهدف إلى تقديم حل مناسب خلال سبعة (7) أيام عمل من استلام شكواك.

عند تقديم استئناف، سيتم الاعتراف بطلبك وسيتم تقديم إجابة كتابية خلال يومي عمل من تصعيدك.

تقديم