



ACCUEIL / AFFILIATION

Caisse de Prévoyance Sociale

Angle des bds Colmay et Thélot • BP 4220

97500 Saint-Pierre et Miquelon

0508 41 15 70

cps@secuspm.com

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Si vous souhaitez exprimer votre insatisfaction quant à une décision de la CPS, sur les modalités de traitement de votre dossier, sur les suites données à votre demande, ou sur le service aux usagers....

Quel que soit l'objet de votre réclamation (ex : qualité du service ou de l'accueil, délai de traitement ou de gestion de votre dossier, horaires d'ouverture,...), il vous est possible de nous écrire pour exprimer votre insatisfaction. Vous pouvez nous envoyer ce formulaire :

- Par e-mail, à l'adresse : cps@secuspm.com
- Par courrier, à l'adresse : CPS – Angle des Bds Colmay et Thélot – BP 4220 – 97500 Saint-Pierre
- En le déposant dans la boîte extérieure ou à l'accueil de la CPS

Votre réclamation ne sera étudiée que si le formulaire est dûment complété et signé.

① PRÉCISER LE SECTEUR CONCERNÉ

- Accueil Affiliation
- Famille
- Retraite
- Maladie (soins locaux, soins à l'extérieur, prestations en espèces)
- Recouvrement
- Action sociale
- Services supports (comptabilité, ressources humaines et financières, juridique, moyens généraux, communication, informatique et gestion du risque, accompagnement des acteurs du système de santé)
- Direction

② OBJET DE LA RÉCLAMATION

- Délai de réponse
- Délai de remboursement
- Délai d'obtention d'un rendez-vous physique ou téléphonique
- Qualité de service
- Refus de prise en charge (soins, Evasan, médicaments...)
- Notification d'un indu de prestation
- Contestation du refus ou suppression d'une prestation
- Autres, précisez : _____

3 **EXPLICATION DE LA RÉCLAMATION**

Large empty rectangular area for the explanation of the complaint.

Date :

Nom, prénom :

NNI :

Signature :

Empty rectangular area for the signature.