

Número de Apelación
Fecha de recibo: / / mes, día, año

FORMA PARA LA RADICACIÓN DE UNA APELACIÓN

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DE QUIEN RADICA LA QUERRELA		
Nombre (letra de molde)	Número de Teléfono	Número de contrato
Dirección	Fecha de radicación	Número de Proveedor (si se aplica)
	Número de GMP	Número de Teléfono de Médico Primario o Proveedor (si se aplica)
SECCIÓN B: APELACIÓN PRESENTADA EN CONTRA DE:		
Nombre	Número de Contrato	Número de Teléfono de Médico Primario o Proveedor (si aplica)
SECCIÓN C: DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS A LA APELACIÓN		
(Incluir información adicional de ser necesario)		



PO Box 72010
San Juan, PR 00936-7210



Certifico que he leído la descripción de los hechos que aparecen descritos en esta sección y los mismos están conforme a la verdad y estoy de acuerdo con lo descrito.

Firma del Asegurado o Representante o del Proveedor

Firma del Testigo de Marca

SECCIÓN D:	DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA INCLUIDA

MMM Multi Health

Nombre del Representante: (letra



PO Box 72010
San Juan, PR 00936-7210



MUHG -AG-FOR-004-05152015-S



PO Box 72010
San Juan, PR 00936-7210

