

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

FORMULARIO PARA RADICACIÓN DE QUERELLA

SECCIÓN A: INFORMACIÓN PERSONAL DE QUIEN RADICA LA QUERELLA

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: QUERELLA PRESENTADA EN CONTRA DE:

Nombre	Número de Contrato	Número de Teléfono de Médico Primario o Proveedor (si se aplica)
--------	--------------------	------------------------------------------------------------------

SECCIÓN C: DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS A LA QUERELLA

Certifico que he leído la descripción de los hechos que aparecen 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 (si se aplica)



PO Box 72010
San Juan PR 00936-7710



SECCIÓN D: CLASIFICACIONES DE QUERELLAS (Completado por: MMM Multi Health)

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Acceso y Disponibilidad | <input type="checkbox"/> 8. Gestiones de Cobro |
| <input type="checkbox"/> 2. Cobro Indebido | <input type="checkbox"/> 9. Limitación a la Libre Selección |
| <input type="checkbox"/> 3. Denegación de estudios de laboratorio y Rayos X | <input type="checkbox"/> 10. Demora de Servicio |
| <input type="checkbox"/> 4. Denegación de Medicamentos | <input type="checkbox"/> 11. Relación Médico Paciente |
| <input type="checkbox"/> 5. Denegación de procedimientos quirúrgicos | <input type="checkbox"/> 12. Solicitud de Ajustes en Casos denegados o retrasados |
| <input type="checkbox"/> 6. Denegación de Referidos | <input type="checkbox"/> 13. Proceso Administrativo Interno |
| <input type="checkbox"/> 7. Derechos del Asegurado | <input type="checkbox"/> 14. Directriz Anticipada |

Nombre del Representante de Servicio

Firma del Representante de Servicio

¿Cómo solicitarle una apelación a MMM Multi Health?

Paso 1: Usted, su representante o su médico [*proveedor*] debe solicitar la apelación. Su apelación *por escrito* debe incluir:

- Su nombre
- Dirección postal
- Número de afiliado
- Razones para apelar
- Cualquier documento que sirva de evidencia, como expedientes médicos, cartas del proveedor u otra información que indique que usted necesita el servicio o artículo. Solicítele la información a su médico.

Si usted somete su apelación estándar verbal, nos debe confirmar por escrito dentro de 10 días calendario su solicitud verbal. Las apelaciones urgentes pueden ser presentadas verbalmente.

Puede utilizar el formato adjunto, o puede redactar una carta. Este formato se encuentra disponible en nuestro portal de internet, en nuestras Oficinas Regionales y se le puede enviar por correo, si lo solicita.



PO Box 72010
San Juan PR 00936-7710



Paso 2: Envíenos su apelación por correo, fax, a través de nuestro portal, en persona o llámenos.

Para una apelación estándar:

MMM Multi Health
Departamento de Apelaciones y Querellas
PO Box 72010
San Juan PR 00936-7710

Teléfono: 1-844-336-3331

Fax: 1-844-990-1990

Sitio de Internet: www.multihealthpsg.com

Paso 3: Puede presentar su apelación a la Oficina del Procurador del Paciente (OPP) o la Administración de Seguros de Salud (ASES).

OPP:

Teléfono: 787-977-1100 (Área Metro)
Fax: 787-977-0915

1-800-981-0031 (Libre de Cargos)

ASES:

Teléfono: 787-474-3300 (Área Metro)
Fax: 787-474-3348

1-800-981-2737 (Libre de Cargos)

MUHG-AG-FOR-001-01302015-S



PO Box 72010
San Juan PR 00936-7710

