



Fecha de recibo:    /    /  
                          mes, día, año

**FORMULARIO PARA RADICACIÓN DE UNA APELACIÓN**

**SECCIÓN A: INFORMACIÓN PERSONAL DE QUIEN RADICA LA APELACIÓN**

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 SOBRE:**

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

**SECCIÓN C: DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS A LA APELACIÓN (Incluir información adicional de ser necesario, ejemplo: justificación médica, estudios, resultados, entre otros). Continúe en la próxima página de necesitar más espacio.**

---



---



---



---



Certifico que he leído o la persona designada por mí, 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)

Nombre del Representante de Servicio

Firma del Representante de Servicio

**\*\*Complete todos los campos aplicables y firme este formulario; puede entregarlo personalmente visitando una Oficina de Servicio cercana a su residencia, enviar por correo regular, facsímil o correo electrónico. (Véase detalles a continuación).**

**INSTRUCCIONES: ¿Cómo solicitar una querrela o una apelación con PSM?**

**Paso 1:** Usted, su representante o el médico que actúa en su representación con un consentimiento escrito, puede solicitar una querrela o apelación. Su solicitud *por escrito* debe incluir:

- Su nombre, dirección postal, número de afiliado, número de contrato
- Razones para su querrela o apelación
- Cualquier documento que sirva de evidencia, como expedientes médicos, órdenes medicas del proveedor u otra información que indique que usted necesita el servicio o equipo. Debe solicitarle la información a su médico.

**Para una querrela o apelación estándar:**

Por favor, llene el formulario y preséntelo por correo, en persona o por fax:

Por Correo o en Persona:

**Atención:** PSM Departamento de Querellas y Apelaciones  
P.O. Box 364668, San Juan, P.R. 00936

Por fax:

**Atención:** PSM Departamento de Querellas y Apelaciones  
Tel. 787-332-0928

Vital-12-112

Puede utilizar el formato adjunto para someter una apelación, o puede redactar una carta. Este formato se encuentra disponible en nuestro portal de internet [www.menonitavital.com](http://www.menonitavital.com).

Este formato está disponible en formatos alternativos, como letra grande, braille o audio. Este formulario también está disponible en otros idiomas, y PSM proporcionará servicios de interpretación oral en cualquier idioma que no sea el inglés, si es necesario. Dicha traducción no tiene costo para usted.

Si necesita más información o ayuda para presentar una Queja, Querrela o Apelación, por favor llame a la Línea de Servicio al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 or 1-844-726-3345 TTY (discapacidad auditiva). Disponible de lunes a viernes, de 7:00 AM a 7:00 PM. Esta llamada es gratis. A solicitud, tenemos disponibles servicios de intérprete.

También tiene derecho a presentar una querrela ante la Oficina del Procurador del Paciente (OPP) o la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES).

Información de contrato para la OPP:

Teléfono: 787-977-1100 (Área Metro) 1-800-981-0031 (gratis)

Fax: 787-977-0915

Información de contrato para la ASES:

Teléfono: 787-474-3300 (Área Metro) 1-800-981-2737 (gratis)

Fax: 787-474-3348

**ATTENTION:** If you speak English you can get language assistance services, free of charge, by calling 1-844-832-0420, free of charge or by TTY / TDD: [1-844-726-3345] free of charge.

**注意：**如果您使用繁體中文 您可以免費獲得語言援助服務 請致電，。 ，三重健康 **1-866-600-4753** ，免費的 **1-844-726-3345** ；(TTY/TDD)。

PSM cumple con las leyes estatales y federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por razón de raza, edad, color, origen de nacionalidad, discapacidad o sexo.

Documento puede estar disponible en formatos alternativos como letra grande, audio u otros idiomas. Si necesita recibir estos servicios, llame al 1-866-600-4753 y 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos). **If you speak English, language assistance services are available free of charge. Call 1-866-600-4753 y 1-844-726-3345 TTY (hearing impaired).**

Vital-12-112