

Fecha de recibo: / /
 mes, día, año

Vital-12-114

FORMULARIO PARA RADICACIÓN DE UNA 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 Medico Primario o Proveedor (si se aplica)
	Número de GMP	Número de Teléfono de Médico Primario o Proveedor

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 (Incluir toda la información adicional necesaria para trabajar su caso). Continúe en la próxima página de necesitar más espacio.

Certifico que yo o mi representante autorizado leímos lo descrito anteriormente y que la información proporcionada es correcta y estoy de acuerdo con ello.

Firma del proveedor, beneficiario o representante

Testigo (de aplicar)

Vital-12-114

SECCIÓN D: CLASIFICACIONES DE QUERELLAS (Completado por: PSM)

- | | |
|---|---|
| <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/o 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 |
| <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 |
| <input type="checkbox"/> 15. Fraude, Abuso o Despilfarro (FWA) | |

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 su 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

Vital-12-114

- Cualquier documento que sirva de evidencia, como expedientes médicos, ordenes medicas u otra información que indique que usted necesita el servicio o artículo. Solicítele 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-GHP
Departamento de Querellas y
Apelaciones
PO Box 364668
San Juan, PR 00936

Por fax:

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

Puede utilizar el formato adjunto para someter una querrela, o puede redactar una carta. Este formato se encuentra disponible en nuestro portal de internet www.menonitavital.com.

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



Vital-12-114

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).