

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.

12-20-039

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

Por fax:

Atención: PSM Departamento de Querellas y Apelaciones

12-20-039

P.O. Box 364668, San Juan, P.R.

Tel. 787-332-0928 00936

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.

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 1844-726-3345 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

12-20-039

12-20-039