

Fecha de recibo: / /
 mes, día, año

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 Médico 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 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)

12-20-038

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

<input type="checkbox"/> 1. Acceso o retraso de los servicios	<input type="checkbox"/> 9. Comportamiento inapropiado por parte de Proveedor/Miembro del Personal
<input type="checkbox"/> 2. Disponibilidad Cita Estándar/Tiempo	<input type="checkbox"/> 10. Disponibilidad de servicios en
<input type="checkbox"/> 3. Co-Pago/Deducible	<input type="checkbox"/> 11. Farmacia
<input type="checkbox"/> 4. Problema de servicio al cliente	<input type="checkbox"/> 12. Tiempo de espera en la oficina
<input type="checkbox"/> 5. Insatisfacción con PCP	<input type="checkbox"/> 13. Calidad del Servicio Médico
<input type="checkbox"/> 6. Insatisfacción con el Contratista	<input type="checkbox"/> 14. Calidad de la oficina/facilidad (Equipo/Medio Ambiente, etc.)
<input type="checkbox"/> 7. Condiciones de entorno peligroso	<input type="checkbox"/> 15. Servicios/Procedimientos denegados o reducidos
<input type="checkbox"/> 8. Violaciones de HIPAA	<input type="checkbox"/> 16. Otros

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, actuando 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 médicas u otra información que indique que usted necesita el servicio o artículo. Solicítele la información a su médico.

12-20-038

Para una querrela o apelación estándar:

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

Por correo:

Atención: PSM Departamento de
Apelaciones y Querellas
PO Box 364128
San Juan, PR 00936

Por fax:

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

En Persona:

En cualquiera de nuestras Oficinas de Servicio
en Caguas, Fajardo, Guayama, Humacao,
Ponce y Mayaguez. Favor llamar a nuestra
Línea de Servicio para la dirección.

Por correo electrónico:

vitalgrievancesand
peals@planmenonita.com

Puede utilizar este formulario adjunto para someter una querrela, o puede redactar una carta. Este formulario 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 o 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

12-20-038

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).

12-20-038

