

FORMULARIO PARA RADICACIÓN DE UNA APELACIÓN

Fecha de Recibo: / /
 mm, dd, yyyy

SECCIÓN A: INFORMACIÓN PERSONAL DE QUIEN RADICA LA APELACIÓN

Nombre (letra de molde):	Número de teléfono:	Número de contrato:
Dirección postal:	Fecha de radicación:	Número de proveedor (si aplica):
Correo electrónico:		
Apelación presentada por: <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Representante autorizado- indique la relación con el beneficiario _____	Número de GMP:	Número de teléfono de médico primario o proveedor (si aplica):

SECCIÓN B: APELACIÓN SOBRE:

Nombre del beneficiario(a) (letra de molde):	Número de contrato:	Número de teléfono de médico primario o proveedor (si aplica) :
Código de Procedimiento Médico (CPT):	Descripción de servicio denegado:	

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 aplica)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del Representante de Servicio	Firma del Representante de Servicio
<input type="text"/>	<input type="text"/>

****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, 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, Aibonito, Cayey, Cidra, Coamo y Comerío.
Favor llamar a nuestra
Línea de Servicio para la dirección.

Por correo electrónico:

vitalgrievancesandappeals@plan-
menonita.com

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

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.

Este 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).