

FORMULARIO PARA RADICACIÓN DE UNA QUERELLA

Fecha de Recibo: / /
 mm, dd, yyyy

SECCIÓN A: INFORMACIÓN PERSONAL DE QUIEN RADICA LA QUERELLA

Nombre (letra de molde):	Número de teléfono:	Número de contrato:
Dirección postal:	Fecha de radicación:	Número de médico primario o proveedor (si aplica):
Correo electrónico:		
Querella 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:

SECCIÓN B: QUERELLA PRESENTADA EN CONTRA DE:

Nombre (letra de molde):	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.

<p>Certifico que yo o mi representante autorizado leímos lo descrito anteriormente y que la información proporcionada es correcta y estoy de acuerdo con ello.</p> <p>Firma del proveedor, beneficiario o representante Testigo (si aplica)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 25px;"></div> </div>

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

<input type="checkbox"/> 1. Servicio al cliente del plan o proveedor <input type="checkbox"/> 2. Manejo de caso del plan o proveedor <input type="checkbox"/> 3. Acceso de cuidado y/o servicios del plan o proveedor <input type="checkbox"/> 4. Calidad de cuidado <input type="checkbox"/> 5. Comunicaciones del Plan <input type="checkbox"/> 6. Problemas de pago o facturación <input type="checkbox"/> 7. Sospecha de fraude <input type="checkbox"/> 8. Abuso/negligencia/explotación	<input type="checkbox"/> 9. Falta de respuesta oportuna del plan a una autorización de servicio o solicitud de apelación <input type="checkbox"/> 10. Negación del plan de solicitud de apelación expedita <input type="checkbox"/> 11. 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.

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 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

12-20-038

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).