

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>Número de apelación o querella</b> |
|                                       |
| Fecha de recibo:    /    /            |

**FORMULARIO DE RADICACIÓN DE QUERELLA O APELACIÓN**

| SECCIÓN A: INFORMACIÓN DE QUIEN RADICA LA QUERELLA O APELACIÓN |                     |   |
|--|---------------------|---|
| Nombre (Letra de molde)  | Número de teléfono  | Número de identificación                    |
| Dirección  | Fecha de radicación | Nombre y número de proveedor (si se aplica) |

| SECCIÓN B: DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS |
|--------------------------------------|
|                                      |
|                                      |
|                                      |
|                                      |

Certifico que he leído la descripción de los hechos que aparecen en esta sección y los mismos son correctos y estoy de acuerdo con lo descrito.

Firma del proveedor, beneficiario y/o representante

Firma del testigo de marca

| SECCIÓN C: CLASIFICACIÓN DE QUERELLAS   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acceso y disponibilidad<br><input type="checkbox"/> Dilatación de servicios<br><input type="checkbox"/> Cobro indebido<br><input type="checkbox"/> Gestiones de cobro<br><input type="checkbox"/> Denegación de estudios, laboratorios y/o rayos X<br><input type="checkbox"/> Limitación a la libre selección<br><input type="checkbox"/> Denegación de referidos<br><input type="checkbox"/> Derechos del beneficiario | <input type="checkbox"/> Relación médico - paciente<br><input type="checkbox"/> Denegación de procedimiento y/o cirugía<br><input type="checkbox"/> Denegación de medicamentos<br><input type="checkbox"/> Discriminación:<br><input type="checkbox"/> Raza/Color/Nacionalidad de origen<br><input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Religión<br><input type="checkbox"/> Sexo (hombre/mujer) <input type="checkbox"/> Incapacidad<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Nombre del oficial de servicio (Letra de molde)

Firma del oficial de servicio



PO Box 72010  
San Juan PR 00936-7710



## Cómo solicitarle una apelación a MMM Multi Health, LLC

**Paso 1:** Usted, su representante o su médico [*proveedor*], debe solicitar la apelación. Su pedido de apelación *por escrito* debe incluir:

- Su nombre
- Dirección postal
- Número de afiliado
- Razones para apelar
- Cualquier documento que sirva de evidencia, como expedientes médicos, cartas del proveedor u otra información que indique que usted necesita el servicio o artículo. Pídale la información a su médico.

Si usted somete su apelación estándar verbal, nos debe confirmar por escrito dentro de 10 días calendario su solicitud verbal. Las apelaciones urgentes pueden ser presentadas verbalmente.

Puede utilizar el formato adjunto, o puede redactar una carta. Este formato se encuentra disponible en nuestro portal de internet, en nuestras oficinas regionales y se le puede enviar por correo, si lo solicita.

**Paso 2:** Envíenos su apelación por correo, fax, a través de nuestro portal, en persona o llámenos.

**Para una apelación estándar:**

**MMM Multi Health, LLC**

Departamento de Querellas y Apelaciones

PO Box 72010

San Juan PR 00936-7710

Teléfono: 1-844-336-3331

Fax: 1-844-990-2990

Sitio de Internet: [www.multihealthpsg.com](http://www.multihealthpsg.com)

**Paso 3:** Puede presentar su apelación a la Oficina de la Procuradora de la Salud (OPS) o la Administración de Seguros de Salud (ASES).

OPP:

Teléfono: 787-977-1100 (Área Metro)

1-800-981-0031 (libre de cargos)

Fax: 787-977-0915

ASES:

Teléfono: 787-474-3300 (Área Metro)

1-800-981-2737 (libre de cargos)



PO Box 72010

San Juan PR 00936-7710



Fax: 787-474-3348

Este formato está disponible en letras grandes o lectura de braille; estas son alternativas para beneficiarios con necesidades especiales, como beneficiarios con algún impedimento visual o que tienen habilidad limitada para leer.

Para solicitar el formato:

Usted puede llamar a nuestro Centro de Servicios al Beneficiario al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o 787-999-4411 TTY (audioimpedidos), lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., y le enviaremos por correo el formato a su dirección postal.

Puede visitarnos a cualquiera de nuestras oficinas regionales y *le ayudaremos a revisar y completar el formato.*

Fajardo:

Carr. #3 km 44.1 Local #2 Bo. Quebrada, Fajardo  
Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.

Carolina:

Carolina Shopping Court Carr. #3, Carolina  
Lunes: 8:00 a.m. - 7:00 p.m.

Martes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.

Último sábado del mes: 8:00 a.m.- 5:00 p.m.

Río Grande:

Plazoleta del Yunque Local #3 Carr. 3 km 23.5  
Bo. Ciénaga, Río Grande

Lunes a Viernes: 8:00 a.m.- 5:00 p.m.

Vieques:

Centro de Salud Familiar Susana Centeno  
Bo. Destino Carr. 997 km 1.0, Vieques

Lunes a Viernes: 8:00 a.m.-12:00 m. • 1:00 p.m.-5:00 p.m.

Río Grande: (Administrativa)  
Las Flores Industrial Park  
Carr 3, km 23, hm 9, Río Grande  
*Lunes a Viernes: 8:00 a.m. a 5:00 p.m.*

*Usted puede también acceder nuestro portal de internet  
en [www.multihealthpsg.com](http://www.multihealthpsg.com) o [servicioalbeneficiariopsg@mmmhc.com](mailto:servicioalbeneficiariopsg@mmmhc.com), y  
solicitar la forma a través de la sección de Apelaciones y Querellas.*

MUHG-AG-FOR-001-01302015-S