

| |
|---|
| Número de Apelación |
| |
| Fecha de recibo: / / mes, día, año |

FORMA PARA LA RADICACIÓN DE UNA APELACIÓN

| SECCIÓN A: INFORMACIÓN DE QUIEN RADICA LA QUERRELA | | |
|---|---------------------|--|
| 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 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 APELACIÓN | | |
| (Incluir información adicional de ser necesario) | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



PO Box 72010
San Juan, PR 00936-7210



Certifico que he leído la descripción de los hechos que aparecen descritos 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 de Marca

SECCIÓN D:

DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA INCLUIDA

| |
|--|
| |
| |
| |

MMM Multi Health

Nombre del Representante: (letra



PO Box 72010

San Juan, PR 00936-7210



MUHG -AG-FOR-004-05152015-S



PO Box 72010
San Juan, PR 00936-7210

