

<b>Número de Apelación</b>
Fecha de recibo:    /    / mes, día, año

**FORMA PARA LA RADICACIÓN DE UNA APELACIÓN**

**SECCIÓN A: INFORMACIÓN DE QUIEN RADICA LA APELACION**

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)**


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
<input type="text"/>	<input type="text"/>



PO Box 72010  
San Juan PR 00936-7710



SECCIÓN D:	DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA INCLUIDA

MMM Multi Health

Nombre del Representante: (letra legible)

MUHG -AG-FOR-004-05152015-S



PO Box 72010  
San Juan PR 00936-7710

