

FORMULARIO PARA RADICACIÓN DE QUERELLA / APELACIÓN

Fecha de recibo: / / mes, día, año

SECCIÓN A: INFORMACIÓN PERSONAL DE QUIEN RADICA LA QUERELLA / APELACIÓN

Nombre (letra de molde)	Número de Teléfono	Número de Identificación
Dirección	Fecha de radicación	Nombre de Proveedor (si se aplica)
Email:		Número de Teléfono de Médico Primario o Proveedor (si se aplica)

SECCIÓN B: SERVICIOS DENEGADOS

Servicio / código de servicio	Solicitado por:	Número de Teléfono de Médico Primario o Proveedor (si se aplica)
-------------------------------	-----------------	--

SECCIÓN C: DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS A LA QUERELLA / APELACIÓN (Incluir evidencia o documentos que respalde su caso)

Certifico que he leído 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 se aplica)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Acceso y Disponibilidad | <input type="checkbox"/> 8. Gestiones de Cobro |
| <input type="checkbox"/> 2. Cobro Indebido | <input type="checkbox"/> 9. Limitación a la Libre Selección |
| <input type="checkbox"/> 3. Denegación de estudios de laboratorio y Rayos X | <input type="checkbox"/> 10. Demora de Servicio |
| <input type="checkbox"/> 4. Denegación de Medicamentos | <input type="checkbox"/> 11. Relación Médico Paciente |
| <input type="checkbox"/> 5. Denegación de procedimientos quirúrgicos | <input type="checkbox"/> 12. Solicitud de Ajustes |
| <input type="checkbox"/> 6. Denegación de Referidos | <input type="checkbox"/> 13. Proceso Administrativo Interno |
| <input type="checkbox"/> 7. Derechos del Asegurado | <input type="checkbox"/> 14. Directriz Anticipada |

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 Regional cercana a su residencia, enviar por correo regular, facsímil o correo electrónico. (Véase detalles a continuación).**

INSTRUCCIONES: ¿Cómo solicitar una querrela o una apelación a MMM?

Paso 1: Usted, su representante o su médico [*proveedor*] 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, cartas del proveedor u otra información que indique que usted necesita el servicio o artículo. Solicítele la información a su médico.

Puede utilizar el formato adjunto para someter una querrela, o puede redactar una carta. Este formato se encuentra disponible en nuestro portal de internet www.mmm-pr.com, en nuestra Oficinas Regional cercana a su residencia y se le puede enviar por correo, en el idioma de su preferencia.



Si necesita que alguien lo ayude a obtener y completar el formulario, por favor contacte nuestro Centro de Llamadas de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. Llamada gratuita al 1-844-336-3331, TTY 787-999-4411.

Para una querrela o apelación estándar:

MMM Holdings, LLC.
Departamento de Apelaciones y Querellas
PO Box 72010
San Juan PR 00936-7710
Teléfono: 1-833-647-9555 (TTY: 711). Fax: 787-620-2390
Sitio de Internet: www.mmm-pr.com

Paso 2: Puede presentar su querrela o apelación a la Oficina del Procurador del Paciente (OPP) 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)
Fax: 787-474-3348

Información adicional

Puede utilizar el formato adjunto, o puede redactar una carta.

Este formato se encuentra disponible en formas alternativas como Braille, audio, letra grande.

MMM ofrece interpretación en cualquier otro idioma además del español de ser necesario. Estas traducciones no tienen costo para usted.

Para solicitar cualquiera de estas formas, incluyendo el formato alternativo llame a nuestro Centro de Servicio de lunes a viernes de 7am a 7pm libre de cargos al 1-833-647-9555 (TTY: 711).

MMM cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. **ATENCIÓN:** Si usted habla español o cualquier otro idioma, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-833-647-9555 (TTY: 711).

MMM complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. **ATTENTION:** If you speak English or any other language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-833-647-9555 (TTY: 711).

MMM Multi Health 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障 或性別而歧視任何人。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 1-844-336-3331 (TTY: 787-999-4411)。

、膚色、民族血統、年齡、殘障 或性別而歧視任何人。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 1-844-336-3331 (TTY: 1-999-4411)。