

**FORMULARIO PARA RADICACIÓN DE UNA QUERRELLA**

Fecha de Recibo:    /    / mm, dd, yyyy
--

**SECCIÓN A: INFORMACIÓN PERSONAL DE QUIEN RADICA LA QUERRELLA**

Nombre (letra de molde)	Número de Teléfono	Número de contrato
Dirección	Fecha de radicación	Número de Médico Primario o Proveedor (si se aplica)
	Número de GMP	Número de Teléfono de Médico Primario o Proveedor

**SECCIÓN B: QUERRELLA 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 QUERRELLA (Incluir toda la información adicional necesaria para trabajar su caso). Continúe en la próxima página de necesitar más espacio.**


Certifico que yo o mi representante autorizado leímos lo descrito anteriormente y que la información proporcionada es correcta y estoy de acuerdo con ello.

Firma del proveedor, beneficiario o representante	Testigo (de aplicar)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

12-20-038

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Acceso o retraso de los servicios   | <input type="checkbox"/> 9. Comportamiento inapropiado por parte de Proveedor/Miembro del Personal |
| <input type="checkbox"/> 2. Disponibilidad Cita Estándar/Tiempo | <input type="checkbox"/> 10. Disponibilidad de servicios en  |
| <input type="checkbox"/> 3. Co-Pago/Deducible                   | <input type="checkbox"/> 11. Farmacia  |
| <input type="checkbox"/> 4. Problema de servicio al cliente     | <input type="checkbox"/> 12. Tiempo de espera en la oficina  |
| <input type="checkbox"/> 5. Insatisfacción con PCP              | <input type="checkbox"/> 13. Calidad del Servicio Médico   |
| <input type="checkbox"/> 6. Insatisfacción con el Contratista   | <input type="checkbox"/> 14. Calidad de la oficina/facilidad (Equipo/Medio Ambiente, etc.)         |
| <input type="checkbox"/> 7. Condiciones de entorno peligroso    | <input type="checkbox"/> 15. Servicios/Procedimientos denegados o reducidos                        |
| <input type="checkbox"/> 8. Violaciones de HIPAA                | <input type="checkbox"/> 16. 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:

12-20-038

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 y Mayagüez. Favor llamar a nuestra  
Línea de Servicio para la dirección.

Por correo electrónico:  
Vitalgrievancesandapeals  
@planmenonita.com

Puede utilizar este formulario adjunto para someter una querella, o puede redactar una carta. Este formulario se encuentra disponible en nuestro portal de internet [www.menonitavital.com](http://www.menonitavital.com).

Si necesita más información o ayuda para presentar una Queja, Querella 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 querella 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

Información de contrato para la ASES:  
Teléfono: 787-474-3300 (Área Metro) 1-800-981-2737 (gratis)  
Fax: 787-474-3348

12-20-038

**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).