

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

**FORMA PARA LA RADICACION DE UNA APELACION**

**SECCION A:                                    INFORMACION PERSONAL DE QUIEN RADICA LA APELACION**

Nombre	Número de Teléfono	Número de Contrato
Dirección	Fecha de Radicación	Número de Proveedor (si aplica)
	Número de PMG	Número de Teléfono de Médico Primario o Proveedor (si aplica)

**SECCION B:                                    APELACION PRESENTADA EN CONTRA DE:**

Nombre	Número de Contrato	Número de Teléfono de Médico Primario o Proveedor (si aplica)
--------	--------------------	---

**SECCION C: DESCRIPCION DE LOS HECHOS QUE GUARDE RELACION CON LA APELACION  
(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 y/o Representante o del Proveedor

Firma del Testigo (si aplica)

SECCION D:	DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA INCLUIDA

MMM

Nombre del Representante:

**\*\*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.multihealth-vital.com](http://www.multihealth-vital.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 Multi Health, LLC.  
Departamento de Apelaciones y Querellas  
PO Box 72010  
San Juan PR 00936-7710  
Teléfono: 1-844-336-3331 Fax: 1-844-990-1990  
Sitio de Internet: [www.multihealth-vital.com](http://www.multihealth-vital.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 1-844-336-3331 y TTY at 787-999-4411.

MMM Multi Health 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 1-844-336-3331 (TTY: 787-999-4411).

MMM Multi Health 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 1-844-336-3331 (TTY: 787-999-4411).

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)。

MUHG AG-FOR-004-05152015-S