

FORMULARIO PARA RADICACION DE APELACIONES AFILIADO MCS CLASSICARE

PARA USO OFICIAL

Fuente de Referido

<input type="checkbox"/>	Centro de Llamadas	<input type="checkbox"/>	Centro de Servicio	<input type="checkbox"/>	Correo Postal	<input type="checkbox"/>	Correo electrónico	<input type="checkbox"/>	Ethics Point	<input type="checkbox"/>	Facsímil	<input type="checkbox"/>	Llamada telefónica (no por Centro de Llamadas)	<input type="checkbox"/>	OPS/SHIP	<input type="checkbox"/>	Referido por Cumplimiento	<input type="checkbox"/>	Otro (Favor especificar):
--------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	---------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------	--------------------------	--	--------------------------	----------	--------------------------	---------------------------	--------------------------	---------------------------

Ponche reservado para area que refiere el caso
Favor ponchar con fecha y hora en el área designada

Nombre del empleado quien refiere el caso

Puesto del empleado quien refiere el caso

Firma del empleado quien refiere el caso

Ponche reservado para la Unidad de Querellas y Apelaciones
Favor ponchar con fecha y hora en el área designada

INFORMACION DEL AFILIADO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre e Inicial	Número de Contrato	Télefono	Fecha de Radicación
------------------	------------------	------------------	--------------------	----------	---------------------

Urbanización o Barrio		Calle	Dirección Postal	Número o Apartado	Pueblo	Estado	Código Postal
-----------------------	--	-------	------------------	-------------------	--------	--------	---------------

Servicio:	Fecha que el servicio fue brindado o se brindará:	Nombre Completo/NPI del Proveedor
-----------	---	-----------------------------------

DESCRIPCION DE LOS HECHOS

Indique como ocurrieron los hechos que usted alega:

CERTIFICACION

CERTIFICO QUE EL DOCUMENTO SUSCRITO POR MI CONSTITUYE UNA APELACION, QUE LA HE LEIDO CON DETENIMIENTO Y QUE LA MISMA EXPRESA MIS PALABRAS Y QUE LO QUE AQUI SE DICE ES LA VERDAD Y NO SE HA AÑADIDO NINGUN HECHO QUE NO FUERAN LOS SUCEDIDOS. HE SIDO ADVERTIDO ADEMAS DEL FRAUDE EN LA RADICACION DE APELACIONES.

Firma del afiliado o representante legal

Aviso de Confidencialidad: La información contenida en esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996, según enmendada (HIPAA, por sus siglas en inglés). Esta información es para el uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está estrictamente prohibido y le podría exponer a penalidades civiles o criminales. Si usted recibió esta información por error, por favor notifique inmediatamente al remitente y procure la devolución o destrucción de esta comunicación.