

MCS Classicare es un producto suscrito por MCS Advantage, Inc. MCS Classicare es un plan OSS con un contrato Medicare. La afiliación en MCS Classicare depende de la renovación del contrato.

P.O. Box 195429, San Juan, PR 00919-5429

E-mail: coordinadordequerellas@medicalcardssystem.com

Teléfono: 1-866-627-8183

TTY: 1-866-627-8182

Facsimile: 787-620-7765

FORMULARIO PARA RADICACION DE QUERELLA AFILIADO MCS CLASSICARE

PARA USO OFICIAL

Fuente de Referido

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Centro de Llamadas | Centro de Servicio | Correo Postal | Correo electrónico | Ethics Point | Facsimile | Llamada telefónica (no por Centro de Llamadas) | OPS/SHIP | Referido por Cumplimiento | 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 | Teléfono | Fecha de Radicación |
|------------------|------------------|------------------|--------------------|----------|---------------------|

Dirección Postal

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

INFORMACION DEL PROVEEDOR CONTRA QUIEN SE QUERELLA

| | | | |
|----------------------------------|--------------------|-------------------------------------|----------------------|
| Persona contra quien se querella | Posición que ocupa | Oficina o Institución donde trabaja | Número del Proveedor |
|----------------------------------|--------------------|-------------------------------------|----------------------|

DESCRIPCION DE LOS HECHOS

Indique como ocurrieron los hechos que usted alega:

CERTIFICACION

CERTIFICO QUE EL DOCUMENTO SUSCRITO POR MI CONSTITUYE UNA QUERELLA, 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 QUERELLAS.

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.