

FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIÓN DE 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"/>	Facsímile	<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 Unidad/ Departamento que refiere el caso
Favor ponchar con fecha y hora en el área designada

Nombre del empleado quien refiere el caso

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

Puesto del empleado quien refiere el caso

Firma del empleado quien refiere el caso

INFORMACION DEL AFILIADO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre e Inicial	Número de Contrato	Teléfono	Fecha de Radicación
-----------------	------------------	------------------	--------------------	----------	---------------------

Urbanización / 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 ESTE DOCUMENTO ES MI APELACION Y CONTIENE, EN MIS PROPIAS PALABRAS, LA VERDAD SOBRE LOS EVENTOS. ADEMÁS, CERTIFICO QUE HE SIDO NOTIFICADO SOBRE FRAUDE EN EL PROCESO DE RADICACION DE APELACIONES.

Firma del afiliado o representante legal

MCS Classicare es un plan HMO suscrito por MCS Advantage, Inc. Aviso de Confidencialidad: Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para 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 prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución.