

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE QUERELLA DE MCS CLASSICARE**

**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	Facsímile	Llamada telefónica (no por Centro de Llamadas)	OPS/SHIP	Referido por Cumplimiento	Otro (Favor especificar):	

Reservado para la 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
-----------------	------------------	------------------	--------------------	----------	---------------------

**Dirección Postal**

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

**INFORMACION DEL PROVEEDOR CONTRA QUIEN SE PRESENTA LA QUERELLA**

Persona contra quien se radica querella	Posición que ocupa	Nombre de la Oficina o Institución	Número del Proveedor
---	--------------------	------------------------------------	----------------------

**DESCRIPCION DE LOS HECHOS**

Indique como ocurrieron los hechos que usted alega:

**CERTIFICACION**

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

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.