

Instrucciones de como completar el Formulario de Radicación

Sección A:

1. Complete la **Sección A** con la información de la persona que radica la querrela o apelación
2. Complete todas las partes en letra de molde

Sección B:

1. Complete la **Sección B** con la información de la persona, facilidad o proveedor relacionado a la querrela o apelación

Sección C:

1. Complete la **Sección C** indicando una descripción breve de los hechos
2. Certifique con su firma y la de un testigo (si aplica) sus alegaciones

Sección D: Será completada por un Oficial de Servicio de Triple S

Este formulario puede ser enviado por fax, email o por correo regular a la siguiente dirección:

Departamento de Querellas y Apelaciones

Triple-S Salud, Inc
PO Box 11320
San Juan, PR 00922-9905
Fax: 787-706-2866
Email: psgqa@ssspr.com

55S

***Este formulario está disponible en otros formatos e idiomas. Si necesita información adicional comuníquese a 1-800-981-1352 o TTY 1-855-295-4040 para audio impedidos.**

Triple-S Salud, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo.

Triple-S Salud, Inc. complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Triple-S Salud, Inc. 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。

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-981-1352 (TTY: 1-855-295-4040).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-981-1352 (TTY: 1-855-295-4040).

Chinese: 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1-800-981-1352 (TTY: 1-855-295-4040)。

NUMERO DE QUERELLA
(Mes - Año - # asignado)

FORMULARIO DE RADICACIÓN DE QUERELLAS

SECCION A: INFORMACION DE QUIEN RADICA LA QUERELLA		
Nombre (en molde)	Núm. De Teléfono	Fecha de Radicación:
Dirección	Núm de Contrato	Médico Primario o Proveedor (SSS)
	GMP	Teléfono del Médico Primario o Proveedor

SECCION B: QUERELLA RADICADA CONTRA		
Nombre	Número de Contrato (Si Aplica)	Número Proveedor (Si Aplica)

SECCION C: DESCRIPCION DE LOS HECHOS	
<p><i>Certifico que he leído la descripción de los hechos que aparecen en esta sección y los mismos están conforme a la verdad y estoy de acuerdo con lo descrito.</i></p>	
Firma del Proveedor, Asegurado y/o Representante	Firma del Testigo de Marca

SECCION D: CLASIFICACION DE QUEJAS, O QUERELLAS	
<input type="checkbox"/> 1. Acceso y Disponibilidad <input type="checkbox"/> 2. Cobro Indebido <input type="checkbox"/> 3. Denegación estudios, Labs o X-Ray <input type="checkbox"/> 4. Denegación de Medicamentos <input type="checkbox"/> 5. Denegación de procedimientos o cirugía <input type="checkbox"/> 6. Denegación de Referidos <input type="checkbox"/> 7. Derechos del Asegurado	<input type="checkbox"/> 8. Dilación de Servicio <input type="checkbox"/> 9. Gestión de cobro <input type="checkbox"/> 10. Limitación a la Libre Selección <input type="checkbox"/> 11. Proceso Administrativo Interno <input type="checkbox"/> 12. Relación Médico Paciente <input type="checkbox"/> 13. Solicitud de Ajustes en Casos de Dilación y Denegación <input type="checkbox"/> 14. Directriz Anticipada
Nombre del Oficial de Servicio (Letra de molde)	Firma del Oficial de Servicio

NUMERO DE APELACION
(Mes - Año - # asignado)

FORMULARIO DE RADICACIÓN DE APELACIÓN

SECCION A: INFORMACION DE QUIEN RADICA LA APELACION		
Nombre (Letra de molde)	Número de Teléfono	Número de Querrela de Referencia
Dirección	Número de Contrato (Si Aplica)	Fecha de Radicación
	Número de PMIG (Si Aplica)	Número Proveedor (Si aplica)

SECCION B: APELACION RADICADA CONTRA		
Nombre	Número de Contrato (Si Aplica)	Número Proveedor (Si Aplica)

SECCION C: INFORMACIÓN O EVIDENCIA QUE SUSTENTE LA ALEGACIÓN	
<i>Certifico que la información o evidencia que he escrito en esta sección es veraz y exacta.</i>	
Firma del Proveedor, Asegurado y/o Representante	Firma del Testigo de Marca

SECCION D: DESGLOSE DE EVIDENCIA SOMETIDA	

Nombre del Oficial de Servicio (Letra de molde)	Firma del Oficial de Servicio
---	-------------------------------