



FORMULARIO PARA RADICACIÓN DE QUERELLA

Fecha de recibo: / /
 Mes día año

SECCIÓN A: INFORMACIÓN PERSONAL DE QUIEN RADICA LA QUERELLA

Nombre (letra de molde):	Número de Teléfono:	Número de contrato
_____	_____	_____
Dirección:	Fecha de radicación:	Número de Proveedor (si se aplica)
_____	_____	_____

Número de Teléfono de Médico: _____		

SECCIÓN B: QUERELLA PRESENTADA EN CONTRA DE

Nombre (letra de molde):	Número de Teléfono:	Número telefónico del Médico:
_____	_____	_____

SECCIÓN C: DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS A LA QUERELLA

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.

Firma del Asegurado o Representante o del Proveedor

Firma del Testigo (si se aplica)



SECCIÓN D: CLASIFICACIONES DE QUERELLAS

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1. Acceso y Disponibilidad | 7. Gestiones de Cobro |
| 2. Cobro Indebido | 8. Directriz Anticipada |
| 3. Denegación de estudios de laboratorio y Rayos X | 9. Demora de Servicio |
| 4. Denegación de Medicamentos | 10. Relación Médico Paciente |
| 5. Denegación de procedimientos quirúrgicos | 11. Proceso Administrativo Interno |
| 6. Derechos del Asegurado | |

Nombre del Representante de Servicio

Firma del Representante de Servicio

¿Cómo solicitar una apelación a Ryder Health Plan?

Paso 1: Usted, su representante o su médico [*proveedor*] debe solicitar la apelación. Su apelación *por escrito* debe incluir:

- Su nombre
- Dirección postal
- Número de afiliado
- Razones para apelar

Cualquier documento que sirva de evidencia, como expedientes médicos, cartas del proveedor u otra información que indique que usted necesita el servicio o artículo. Solicítele la información a su médico.

Si usted somete su apelación estándar verbal, nos debe confirmar por escrito dentro de 10 días calendario su solicitud verbal. Las apelaciones urgentes pueden ser presentadas verbalmente.

Puede utilizar el formato adjunto, o puede redactar una carta. Este formato se encuentra disponible en nuestro portal de internet, en nuestras Oficina y se le puede enviar por correo, si lo solicita.



Paso 2: Envíenos su apelación por correo, a través de nuestro portal, en persona o *contáctenos*.

Para una apelación estándar:

Ryder Health Plan
Departamento de Querellas y Apelaciones
Ave. Font Martelo 353, Suite 1, Humacao, PR 00791

Teléfono: 787-988-7910 Sitio de Internet: info@planryder.org

Paso 3: Puede presentar su apelación a la Oficina del Procurador del Paciente (OPP) o a la Oficina del Comisionado de Seguros de PR (OCS).

OPP:

Teléfono: 787-977-1100 (Área Metro) 1-800-981-0031 (Libre de Cargos)

Fax: 787-977-0915

Oficina del Comisionado de Seguros de PR:

Teléfono: 787-304-8686 (Área Metro)

Fax: 787-273-6082