

Formulario de Quejas, Querellas y Apelaciones

Fecha:	Hora:

Sección A: Información

¿Quién está haciendo la solicitud?

Beneficiario
 Custodio del Beneficiario
 Representante Autorizado
 Otro:

Nombre en letra del molde

Número de Teléfono Otro Número de Teléfono

Número de Contrato Número de GMP

Dirección

Ciudad Código Postal

Sección B: Descripción de la Situación (si el solicitante no es el beneficiario, favor de incluir el nombre). Si usted necesita espacio adicional, por favor utilice la parte de atrás de este formulario.

¿En la solicitud, se incluyó alguna información adicional? Sí No

Si ha seleccionado "Sí", por favor describa la documentación que se incluye:

Firma del Beneficiario o Representante Autorizado

Sección C: Solo para Uso Oficial de First Medical

Nombre del Oficial de Servicio <input type="text"/>	Oficina o Departamento <input type="text"/>	Ponche de Querellas y Apelaciones
--	--	-----------------------------------

Seleccione el tipo de solicitud
 Queja
 Querella
 Apelación

