

### Solicitud de Copia del Expediente de Apelación

Fecha:	Hora:

#### Sección A: Información del Beneficiario

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Contrato	ID GMP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Número de Teléfono	Fecha de la Radicación	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección Postal	<input type="text"/>	
Pueblo	Código Postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

#### Sección B: Describa su Solicitud (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.


Firma del Beneficiario y/o Representante Autorizado	<input type="text"/>
---	----------------------

#### Sección C: Solo para Uso Oficial de First Medical

Solicitud procesada por: (Nombre y Puesto)	Fecha de Envío
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Comentarios:

Por favor asegúrese de completar todos los campos del formulario. Una vez completado, puede entregarlo a través de cualquiera de nuestras Oficinas de Servicio, enviarlo por fax al 787-300-3931 o por correo postal a:

First Medical Health Plan, Inc.  
Departamento de Querellas y Apelaciones- FM Vital  
PO Box 195079  
San Juan, PR 00919-5079

<b>Si usted necesita espacio adicional para Describir su Solicitud (Sección B), por favor utilice este espacio:</b>

Si usted tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-844-347-7800 de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-347-7805. También puede visitar nuestras Oficinas de Servicio de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., o acceder a nuestra página electrónica [www.firstmedicalvital.com](http://www.firstmedicalvital.com).

El Departamento de Servicio al Cliente ofrece servicios de intérprete de idiomas y Lenguaje de Señas libre de costo. Esto incluye, servicio de formatos alternos tales como; Braille, letra agrandada y traducción a otros idiomas, verbal o escrito, entre otros. Si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al número que aparece anteriormente.

The Customer Services Department offers free language interpreter services and Sign Language. This includes, services in alternate formats such as; Braille, large print, and translation to other languages, verbally or written, amongst others. If you need plan information in another format or language, please contact our Customer Service Department at the number listed above.