PLAN DE SALUD MENONITA

Solicitud de Queja por Escrito del Proveedor

Utilice este formulario para solicitar un proceso de queja formal con PSM. Todos los campos obligatorios deben completarse en el documento.

Fecha: _____
(Campo requerido)

Información del Proveedor:

Nombre Proveedor: (Campo requerido)	
Número del Proveedor (NPI): (Campo requerido)	
Nombre Grupo/Facilidad (si aplica): (Campo requerido)	
Persona Contacto:	
Teléfono:	Email:

Razón de la Solicitud:

- ☐ Contrato / Credenciales
- ☐ Pago pendiente
- ☐ Pago insuficiente (pago parcial)
- ☐ Denegaciones
- ☐ Sobrepagos
- ☐ Otro

Descripción de la solicitud:

_____

_____

_____

_____

_____

ADVERTENCIA:
Esta solicitud es válida solo si el solicitante (proveedor) ha completado el proceso estándar de ajuste de reclamación. Consulte la Carta Circular 23-015 del PSMV.