



Junta de Gobierno
Universidad de Puerto Rico
Sistema de Retiro

Plan Medico Único

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Este formulario está diseñado con el propósito de que nos informe sobre algún problema o situación que confronte con algún proveedor de servicios médicos. Es importante señalar que no se debe incluir en este formulario ningún tipo de información relacionada a su diagnóstico médico, de esta forma se mantiene la confidencialidad según lo estipula la ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico mejor conocida como HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act). Una vez completado el formulario en todas sus partes, imprima y envíe vía fax al **(787) 764-0941**.

NOMBRE DEL PENSIONADO (A):

NUM. DE CONTRATO:

NUM. DE TELÉFONO:

PROVEEDOR DE SERVICIOS

NOMBRE:

TELÉFONO:

DIRECCION:

BREVE DESCRIPCION DE LO OCURRIDO:

CONSULTORIO/HOSPITAL

FARMACIA