

SOLICITUD DE APELACIÓN A LA DETERMINACIÓN REALIZADA POR EL PROGRAMA MEDICAID

Fecha: _____
Pueblo (Oficina Local): _____
Región: _____

Luego de haber solicitado los beneficios del Programa Medicaid, y ser evaluado por un técnico del Programa, difiero de la decisión que se ha tomado en el proceso de evaluación por las siguientes razones:

Solicito una revisión de la evaluación realizada para las siguientes personas.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Agregar algún comentario y/o circunstancia especial sobre cualquiera de los solicitantes:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Usted puede:

- Entregar esta solicitud personalmente en cualquiera de las oficinas del Programa Medicaid.
- Enviar la misma por fax al (787) 759-8361, e-mail prmedicaid@salud.pr.gov, o por correo regular a la siguiente dirección postal: Oficina de Apelaciones, Programa Medicaid, Departamento de Salud, PO Box 70184, San Juan, PR 00936-8184.