HOJA DE REGISTRO DE SITUACIONES CON PROVEEDORES Y ACCIÓN DE SEGUIMIENTO
PROVIDER COMPLAINT REGISTRATION AND ACTION PLAN SHEET

Fecha / *Date*	Compañía / *Company*	División / *Division*	Tipo Programa / *Type of Program*
			☐ EPO ☐ PPO

Asegurado *Member*	Apellido Paterno / *Last Name*	Apellito Materno / *Mother's* Maiden Name	Nombre e inicial / *Name and Middle Initial*	Número alterno / *Alternate number*
Paciente *Patient*	Apellido Paterno / *Last Name*	Apellito Materno / *Mother's* Maiden Name	Nombre e inicial / *Name and Middle Initial*	
Proveedor *Provider*	Nombre Proveedor / *Provider's Name*	Especialidad / *Specialty*	Apellido Paterno / *Last Name*	Pueblo / *City*

TIPO DE PROBLEMA / *TYPE OF PROBLEM*		
☐ Pagos de reclamaciones *Claims Copayments*	☐ Códigos y/o tarifas *Codes and/or Fees*	☐ Contratos *Contracts*
☐ Orientación de programas *Program Orientation*	☐ Asuntos Clínicos *Clinical Affairs*	☐ Querellas *Complaints*
☐ Acceso a servicios *Access to services*	☐ Farmacia *Pharmacy*	☐ Otros *Others*

DETALLE DE LA SITUACIÓN / *DESCRIPTION OF SITUATION*	
Fecha / *Date*:	Sometido por / *Submitted by*:
SOLUCIÓN DE LA PETICIÓN / *SOLUTION*	
	Fecha de seguimiento / *Follow Up Date*:
Fecha de cierre / *Closing Date*:	Oficial de investigación / *MCS Representative*:

(Rev. JUN 2014)