



PO Box 191088 San Juan, PR 00919-1088

www.arnpmet.org

Formulario para radicación de Querellas de Asegurados o Proveedores de PROSSAM

Favor de completar la siguiente información

1. Nombre del Suscriptor/Proveedor:

2. Dirección Postal

3. Teléfono: _____

4. Número de Identificación: _____

5. NPI (solo proveedores): _____

6. Descripción del Incidente: Relate brevemente el objetivo y los detalles de la querella. Favor incluir detalles específicos como las personas involucradas, fechas y lugares. Acompañe este relato con documentación que la sostenga.

7. Favor de completar toda la información requerida y enviar a nuestras oficinas para iniciar el proceso de investigación. Puede dirigir esta comunicación a:

PROSSAM
Oficina del Director de PROSSAM
Área de Investigación de Querellas PROSSAM
PO Box 191088 San Juan, PR 00919-1088
Tel. (787)787-753-8591 Fax 787-756-8781
jose.ortiz@arnpmet.org