

PARA USO INTERNO



SOLICITUD DE RECONSIDERACION DE RECLAMACIONES Y/O AJUSTE

Nombre del Proveedor: _____ Número de Proveedor / NPI: _____ Fecha: _____

Dirección Postal: _____

Medicare

Comercial

Instrucciones:

1. Listado para someter reclamaciones pagadas parcialmente, denegadas y/o que según sus "records" no hayan sido pagadas anteriormente. Para toda solicitud de reconsideración debe incluir copia de la explicación de pagos, documentación solicitada y/o evidencia para la reconsideración, según aplique. Reclamaciones sometidas por medios electrónicos deberá incluir todas las evidencias necesarias (formato de facturación correspondiente, copia de referidos, orden médica, acuse de recibo de transmisión electrónica por reclamación, etc).
2. Se investigarán solamente todas aquellas reclamaciones que tengan la documentación y/o evidencia necesaria. Reclamaciones que no cumplan con los requisitos establecidos, no serán consideradas para pago. Se le estará notificando los resultados de cada solicitud de ajuste sometida, a través de la Explicación de Pago.

| Número de Contrato | Número de Control de la Reclamación (Claim Number) | Nombre Paciente (Solo Medicare) | Fecha de Servicio (mm/dd/yy) | Balance Pendiente | Comentarios |
|--------------------|--|---------------------------------|------------------------------|-------------------|-------------|
| 1. | | | ___ / ___ / ___ | | |
| 2. | | | ___ / ___ / ___ | | |
| 3. | | | ___ / ___ / ___ | | |
| 4. | | | ___ / ___ / ___ | | |
| 5. | | | ___ / ___ / ___ | | |
| 6. | | | ___ / ___ / ___ | | |
| 7. | | | ___ / ___ / ___ | | |
| 8. | | | ___ / ___ / ___ | | |
| 9. | | | ___ / ___ / ___ | | |
| 10. | | | ___ / ___ / ___ | | |

Nota Importante: Favor utilizar formato original, no debe ser modificado.