

SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN DE RECLAMACIONES Y AJUSTES

Nombre del Proveedor: _____ **NPI:** _____ **Fecha:** _____

Dirección Postal: _____ **Teléfono:** _____

Instrucciones:

1. Utilice la siguiente tabla para someter la lista de reclamaciones pagadas parcialmente, denegadas o que según sus récords no fueron pagadas.
2. Toda solicitud de reconsideración debe incluir copia de la explicación de pagos, documentación solicitada y evidencia para la reconsideración, según aplique.
3. Reclamaciones sometidas por medios electrónicos deberán incluir todas las evidencias necesarias (formato de facturación correspondiente, copia de referidos, orden médica, acuse de recibo de transmisión electrónica por reclamación, etc.).
4. Se investigarán solamente las reclamaciones que tengan la documentación y evidencia necesaria. Reclamaciones que no cumplan con los requisitos establecidos, no serán consideradas para pago.
5. Recibirá notificación del resultado de cada solicitud de ajuste, a través de la explicación de pago.

Número de Contrato	Número de Control <i>(Claim Number)</i>	Fecha de Servicio <i>(mm/dd/yy)</i>	Cant. Facturada	Pago Recibido	Balance	Comentarios	Total Factura
1.		__ / __ / __					\$
2.		__ / __ / __					\$
3.		__ / __ / __					\$
4.		__ / __ / __					\$
5.		__ / __ / __					\$
6.		__ / __ / __					\$
7.		__ / __ / __					\$
8.		__ / __ / __					\$
9.		__ / __ / __					\$
10.		__ / __ / __					\$
TOTAL							\$