

9 de octubre de 2019

A TODOS LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD CONTRATADOS POR EL PLAN DE SALUD MENONITA – VITAL

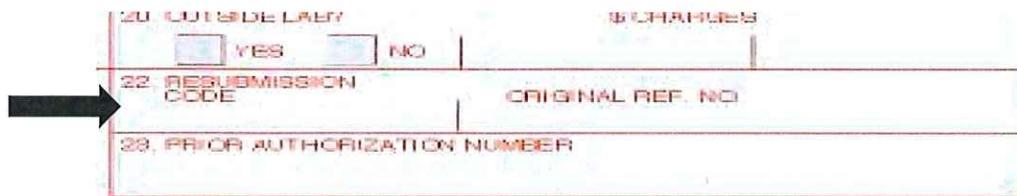
ASUNTO: ORIENTACIÓN SOBRE FACTURACIÓN DE AJUSTES

Estimado proveedor:

En nuestro esfuerzo por optimizar el proceso de reclamaciones queremos recordarles el proceso correcto para someter los ajustes y evitar denegaciones por razones de duplicidad.

Formulario CMS1500 (Profesional)

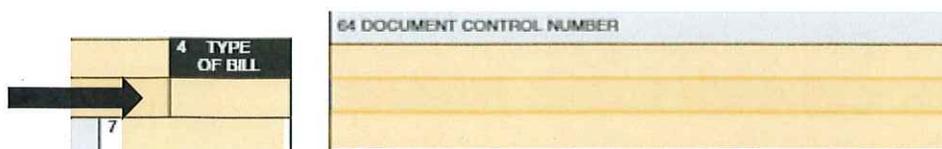
Deberá indicar el número de frecuencia 7 en el campo #22 "Resubmission code", junto al número de reclamación original en el espacio que indica "Original Ref No." Ver imagen.



20. OUTSIDE LAB? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	21. CHARGES
22. RESUBMISSION CODE	ORIGINAL REF. NO.
23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER	

Formulario UB04 (Institucional)

Deberá indicar en el campo #4 de "Type of Bill" el número de frecuencia 7 en la tercera posición (última posición) de dicho número, junto al número de reclamación original en el campo #64 "Document Control Number", según mostrado en la imagen.



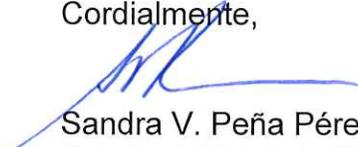
4. TYPE OF BILL	64. DOCUMENT CONTROL NUMBER
-----------------	-----------------------------

Es importante que complete ambos campos en el formulario correspondiente ya que, de no recibirse el ajuste según indicado anteriormente, el sistema entenderá que es una reclamación original y denegará la misma por duplicidad.

De surgir alguna pregunta o de necesitar información adicional, puede comunicarse con nosotros.

Centro de Servicio al Proveedor
1-855-297-0140 (libre de cargos)
lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
<http://psmconnet.psmpr.com>

Cordialmente,



Sandra V. Peña Pérez, PT, MHSA
Principal Oficial de Operaciones