



Hoja de Ajustes (Anejo B)

Información del Proveedor

A. <input type="checkbox"/> Participante <input type="checkbox"/> No participante	D. Nombre de proveedor : _____ Tax ID: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Teléfono: _____ Rendering NPI : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Email: _____ Billing NPI: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B. <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Servicios ancilares <input type="checkbox"/> Facilidad <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	
C. Tipo de solicitud <input type="checkbox"/> Forma Anual (AHA) <input type="checkbox"/> Solicitud Ajuste <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	

Nombre del afiliado	Número del afiliado	Código de diagnóstico (ICD10)	Número de Reclamación	Fecha de Servicio	Fecha De Pago o Denegación	Razón de Ajuste	Comentario

Razón de Ajuste

- | | | | |
|---|--|--|---|
| 1 No aplica copago

2 Pago insuficiente

Comentarios Adicionales: _____ | 3 Diferencia de Unidad

4 Modificar Diagnóstico

6 Proveedor con cuota incorrecta | 5 Proveedor incorrecto

7 Lugar de servicio incorrecto | 8 Otro (Explicar en detalles): _____ |
|---|--|--|---|

Instrucciones Importantes (Este documento debe ser completado en su totalidad para que sea procesado)

- 1. Favor incluir copia de la reclamación o explicación de pagos (conocido por sus siglas en inglés EOP).**
- 2. Si el caso requiere cambios en diagnósticos, lugar de servicio, modificador, HCPCS, Rev o CPT favor colocar sus comentarios en el espacio correspondiente.**
- 3. Favor incluir todo documento necesario para su solicitud de reconsideración para posible ajuste.**
- 4. Si la reclamación fue denegada por código 29 (expiró tiempo para someter) someta "voucher" de denegación.**

Nombre del Solicitante

Firma del solicitante

Fecha:

Instrucciones a seguir para reclamar ajuste

Importante: **Límite para someter un ajuste desde la última fecha de pago de la reclamación son 90 días.**

Enviar a la siguiente dirección:

**MMM Healthcare, LLC
Departamento Ajuste de Reclamaciones
PO Box 71305
San Juan, PR 00936-8405**

Sometidas en forma HCFA 1500 / UB-04

1. Incluya copia de la reclamación.
2. Adjunte copia de la explicación de pago a ajustarse e identifique las líneas de servicio pagadas incorrectamente con un marcador en color.
3. Redacte una breve explicación con la razón del ajuste en cada hoja de reclamación o explicación de pago.
4. Si la reclamación fue denegada por código 29 (expiró tiempo para someter) someta "voucher" de denegación.

Nota:

**Es de suma importancia siga todas estas instrucciones para que no se afecte el resultado del análisis.
Recuerde que los ajustes están sujeto a evaluación del departamento de reclamaciones.**

Rev 08/2019