



PLAN DE SALUD MENONITA, INC.

Formulario para Someter Cambios a una Reclamación Pagada o Denegada (Ajuste)

 Comercial PSM
 Médico
 Facilidad

Sección 1 - Información para identificar la reclamación que desea ajustar

*Número de Reclamación

*Número de Contrato

*Número Proveedor (NPI)

Nombre del Proveedor: _____

Sección 2 - Indicar la información que desea cambiar

Número Contrato

Número Preautorización o Referido

Sección 3 - Indicar la información que desea cambiar por línea

Línea	Fecha de Servicio - Desde (MMDDYY)	Fecha de Servicio - Hasta (MMDDYY)	Lugar Servicio	Código Procedimiento	Modificadores	*Razón de ajuste
<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	Diagnóstico	Núm. de Servicios	NPI del Proveedor que prestó el servicio			
	<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"/>			

Línea	Fecha de Servicio - Desde (MMDDYY)	Fecha de Servicio - Hasta (MMDDYY)	Lugar Servicio	Código Procedimiento	Modificadores	*Razón de ajuste
<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	Diagnóstico	Núm. de Servicios	NPI del Proveedor que prestó el servicio			
	<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"/>			

Línea	Fecha de Servicio - Desde (MMDDYY)	Fecha de Servicio - Hasta (MMDDYY)	Lugar Servicio	Código Procedimiento	Modificadores	*Razón de ajuste
<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	Diagnóstico	Núm. de Servicios	NPI del Proveedor que prestó el servicio			
	<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"/>			

*Razón de ajuste:			
01 Pago insuficiente	03 Diagnóstico incorrecto	05 Pre Autorización o referido	07 Eliminar diagnóstico
02 Diferencia de unidad	04 Proveedor incorrecto	06 Lugar de servicio incorrecto	08 Otro : _____

Sección 4 - Comentarios _____