



# 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"/>
	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"/>
	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"/>
	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 \_\_\_\_\_