

FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN Y DISPUTA DE RECLAMACIÓN PARA PROVEEDORES

Utilice este formulario como parte del proceso de reconsideración y disputa de reclamación de Ambetter from PA Health & Wellness.

Todos los campos son obligatorios

Nombre del proveedor	N.º de ID fiscal del proveedor
Número de control/reclamación	Fecha(s) de servicio
Nombre del miembro	Número de RID del miembro

- Una **Solicitud de reconsideración (Nivel I)** es una comunicación del proveedor sobre un desacuerdo con la manera en que se procesó una reclamación.
- Una **Disputa de reclamación (Nivel II)** solo debe usarse cuando un proveedor ha recibido una respuesta insatisfactoria a una Solicitud de reconsideración.
- La Solicitud de reconsideración o la Disputa de reclamación deben ser presentadas dentro de los 180 días en el caso de proveedores participantes y dentro de 90 días en el caso de proveedores no participantes desde la fecha de la Explicación de pago (EOP) original o de la denegación.
- *Cualquier formulario de reclamación fotocopiado, en blanco y negro o escrito a mano, independientemente del tipo de presentación (primera vez, reclamación corregida, Solicitud de reconsideración, o Disputa de reclamación) será rechazado inmediatamente.*
- Si la reclamación original presentada requiere una corrección, presente la reclamación corregida siguiendo el proceso de "Reclamación corregida" que figura en el Manual para proveedores. No incluya este formulario con una reclamación corregida.

Nivel de disputa (marque una opción):

- Nivel I: Solicitud de reconsideración (Adjunte expedientes médicos para auditorías de códigos, ediciones de códigos o denegaciones de autorización. No adjunte el formulario de reclamación original).
- Nivel II: Disputa de reclamación (Adjunte lo siguiente: 1) una copia de la(s) EOP con los números de reclamación a ser adjudicados claramente señalados 2) la respuesta a su Solicitud de reconsideración original. No adjunte el formulario de reclamación original).

Motivo de la disputa (marque una opción):

- La reclamación fue rechazada por falta de autorización, pero se obtuvo la autorización nro. _____.
- La reclamación fue rechazada por falta de autorización, pero no se necesita autorización para este servicio.
- La reclamación fue rechazada por presentación fuera de plazo por error (adjunte prueba de presentación oportuna).
- La reclamación fue rechazada por procedimiento global/desagregado (adjunte expedientes médicos).
- La reclamación fue pagada al proveedor incorrecto.
- Se pagó el monto incorrecto por la reclamación.
- Otro (especifique). _____

Nombre del solicitante: _____

Número de teléfono del solicitante: _____ Fecha de solicitud: _____

Envíe el/los formulario/s y documentos adjuntos completos a la dirección correspondiente:

Ambetter from PA Health & Wellness
Attn: Level I - Request for Reconsideration
PO Box 5010
Farmington, MO 63640-5010
Fax (833) 957-0438

Ambetter from PA Health & Wellness
Attn: Level II –
Claim Dispute PO Box 5000
Farmington, MO 63640-5000