

FORMATO DE SOLICITUD DE UNA REDETERMINACIÓN

GUÍA PARA COMPLETAR EL FORMATO

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

Usted encontrará las instrucciones para cada espacio, agrupadas por tipo de Información.

ENVIE LA FORMA COMPLETA A:

El Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, Capítulo 29 indica que la solicitud de una Redeterminación debe ser enviada al Contratista correspondiente, basándose en la reglas de procesamiento de reclamaciones de la jurisdicción, establecidas por el programa de Medicare. La Jurisdicción para las reclamaciones del DMEPOS, se establece de acuerdo al estado en donde vive el Beneficiario.

Al lado derecho del formato en la parte de arriba, usted encontrará los nombres de las Jurisdicciones, Indique la Jurisdicción correcta, poniendo una marca en el cuadrado que está al lado izquierdo del nombre de la Jurisdicción.

- Jurisdicción A – NHIC, Corp.
- Jurisdicción B – CGS Administrators, LLC
- **Jurisdicción C – CGS Administrators, LLC**
- Jurisdicción D – Noridian Healthcare Solutions

Jurisdiction B: CGS
PO Box 20007
Nashville, TN 37202

Jurisdiction C: CGS
PO Box 20009
Nashville, TN 37202

Se les recuerda que tienen la opción de enviar su solicitud de forma electrónica.

A continuación encuentra la lista de los números de fax de cada Jurisdicción.

NUMEROS DE FAX:

- Noridian Healthcare Solutions : 1.701.277.2425
- CGS Administrators, LLC : 615.660.5976
- **CGS Administrators, LLC : 615.782.4630**
- Noridian Healthcare Solutions : 1.701.277.7886

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR *SUPPLIER INFORMATION SECTION*

Esta sección corresponde a la información de la Empresa.

1. **Name - Nombre de la Empresa:** Escriba el nombre de el Proveedor ó de la Empresa.
2. **Provider Transaction Access Number - Número de Acceso a las Transacciones del Proveedor (PTAN):** Escriba el número de 10 dígitos ó PTAN, que le fué asignado por el (NSC) National Supplier Clearinghouse.
3. **National Provider Identifier - Número Nacional de Identificación del Proveedor (NPI):** Escriba el número de 10 dígitos ó NPI que le fué asignado por el (NPPES) National Plan & Provider Enumeration System.
4. **Tax ID: Número de Impuestos:** Escriba el número de 9 dígitos ó TAX ID asignado por el Servicio de Impuestos Internos.
5. **Address - Dirección:** Escriba la dirección de la empresa ó el proveedor, utilizada para propósitos de facturación.
6. **Phone # - Número de Impuestos:** Escriba el número de 9 dígitos ó TAX ID asignado por el Servicio de Impuestos Internos.

FORMATO DE SOLICITUD DE UNA REDETERMINACIÓN

GUÍA PARA COMPLETAR EL FORMATO

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

1. **Name - Nombre del Paciente:** Escriba el nombre del paciente, igual a como aparece en la Tarjeta de Medicare roja, blanca y azul.
2. **Medicare Health Insurance Claim Number - Número de Identificación de Medicare del paciente, HICN #:** Igual a como aparece en la Tarjeta de Medicare.
3. **State - Estado:** Escriba el estado en el que el paciente reside permanentemente y que tiene registrado ante la Oficina del Seguro Social.
4. **Phone # - Número de Teléfono:** Escriba el número de teléfono al que se puede llamar al paciente si se necesita información adicional.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE

1. **Requestor's Name/Supplier Contact Name - Nombre del Solicitante/Nombre del Contacto en la oficina del Proveedor:** Escriba el nombre y el apellido de la persona que está solicitando la Redeterminación. NO escriba el nombre de la Empresa, Esta persona es la encargada de responder a cualquier solicitud de información extra.
2. **Requestor's Signature - Firma del Solicitante:** La persona que está haciendo la solicitud de Redeterminación debe firmar, si el formato se envía sin firma, la solicitud será descartada. The Centers for Medicare & Medicaid Service (CMS) Internet-only Manual (IOM) Publication 100-04, Medicare Claims Processing Manual, Capítulo 29, "Appeals of Claim Decisions," Sección 310.64.

APELACIÓN DE UN SOBREPAGO - OVERPAYMENT APPEAL SECTION

Esta sección incluye la información del Sobrepago para el que usted está apelando. Si usted está solicitando la redeterminación porque recibió una solicitud de devolución de un pago (Overpayment) y desea apelar, debe poner una "X" en el cuadrado que dice (YES) SI. Debe indicar también quien hizo la solicitud de esa devolución del pago; debe poner una "X" en el cuadrado que corresponda. Si la carta de solicitud viene de MEDICAL REVIEW (Revisión Médica) ó ZPIC/PSC ó CERT ó RAC.

INFORMACIÓN SOBRE LA RECLAMACIÓN - CLAIM INFORMATION SECTION

Fecha de la Determonación Inicial: Escriba la fecha de la desición inicial, que se encuentra en la Notificación de la Remesa.

LI STA DE CHEQUEO DE DOCUMENTACIÓN SUGERIDA - SUGGESTED DOCUMENTATION CHECKLIST

En esta sección usted debe poner una "X" en el cuadrado que corresponde a cada documento enviado: Medicare Remittance Advice, ABN, CMN/DIF/Physician's written order (Certificado de Necesidad Médica/DIF/Orden escrita del Médico), Medical Documentation (Documentación Médica). Si usted envía documentación médica escriba al lado el tipo de documento (ej. Progress Notes, Lab Results). Este listado de documentación es solo una sugerencia, usted puede incluir todos los documentos que respalden su reclamación. No incluir documentos de soporte, retrasa el proceso ó puede llevar a una desición desfavorable.

RAZÓN/JUSTIFICACIÓN - REASON/RATIONALE SECTION

En esta sección usted debe escribir las razones por las cuales usted considera debe haber una redeterminación de su Reclamación, explique las razones detalladamente y respalde cada justificación con documentos.