SOMOS LA RED DE PROVEEDORES DE:

SOLICITUD DE RECLAMACIONES PARA AJUSTES

Nombre del Proveedor: _____ NPI _____ Fecha: _____

Dirección del Proveedor: _____

Instrucciones:

1. Indicar el código de servicio por el cual reclama diferencia de pago. Además, deberá someter la documentación necesaria que justifique el ajuste.
2. Someter copia de las facturas acompañadas de las evidencias de las gestiones realizada con IMC (Bitácora de reclamaciones sometidas con sello de recibo de IMC).
3. Solo se estará considerando solicitudes de ajustes que estén dentro del termino de 20 días a partir de la fecha de pago y que vengan acompañadas de los docuemntos solicitados, según el código de rechazo.

Direcciones de envío:
Por correo: P.O. Box 144095 Arecibo, PR 00614-4095
A la mano: Departamento de Servicios Generales Calle Gonzalo Marín #51 Arecibo, PR

Importante: Para agilizar el procedimiento de las facturas, no debe incluir facturas originales y/o pendientes de pago, estas deben ser ser presentadas en sus respectivas formas.

					Para uso interno de IMC				
Nombre del Paciente	Número de Contrato	Código de Servicio	Fecha de Servicio	Balance Pendiente	Status de Factura	Fecha de Pago	Número de Cheque	Procede Ajuste	Razón / Comentarios