

FORMATO DE SOLICITUD DE UNA REDETERMINACIÓN

GUÍA PARA COMPLETAR EL FORMULARIO

Jurisdiction B-CGS Administrators, LLC

Jurisdiction C-CGS Administrators, LLC

Escriba una "X" en la Jurisdicción a la cual usted está enviando su solicitud.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR - *Supplier Information Section*

ESTA SECCIÓN CORRESPONDE A LA INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

1. **Name of Person Appealing - Nombre de la persona que apela:** Escriba el nombre y el apellido del individuo que solicita la redeterminación. Indique el nombre de la persona que puede ser contactada si se requiere información adicional.
2. **Supplier Name - Nombre del Proveedor:** Escriba el nombre registrado con el PTAN.
3. **Address - Dirección del Proveedor:** Escriba la dirección de facturación del proveedor.
4. **Phone Number - Número de teléfono de la persona que apela:** Indique el número de teléfono de la persona que puede ser contactada si se requiere información adicional.
5. **PTAN** - Escriba su número de PTAN de 10 dígitos.

INFORMACION DEL BENEFICIARIO - *Beneficiary Information Section*

1. **Patient Name - Nombre del Paciente:** Escriba el nombre del paciente.
2. **Medicare Number - Número de Medicare:** Escriba el número de Medicare del paciente.

APELACIÓN DE UN SOBREPAGO - *Overpayment Appeal Section*

Si usted está solicitando una redeterminación porque recibió un sobrepago (overpayment), escriba una "X" en la casilla "YES" y marque la opción que corresponda: Medical Review (revisión médica), UPIC, SMRC, CERT, Recovery Auditor (auditor de recuperación).

INFORMACIÓN SOBRE LA RECLAMACIÓN

1. **Date of Service: Fecha de Seervicio:** Escriba la fecha de servicio específica
2. **HCPSCS & Modifiers: HCPSCS y Modificadores:** Escriba los códigos HCPSCS específicos y los modificadores por los cuales está enviando una redeterminación. (P. Ej. HCPSCS y Modificadores indicados en la reclamación original)
3. **Claim Control Number (CCN): Número de Control de la Reclamación (CCN):** Ingrese el número de control de la reclamación de 14 dígitos que aparece en su ERA/SPR por el cual está enviando la redeterminación.

LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTACIÓN SUGERIDA -

Suggested Documentation Checklist

Porfavor indique cuales documentos está enviado junto con la redeterminación. Escriba una "X" en la casilla correspondiente (ABN, CMN, DIF, orden médica escrita "Physician's Written Order", documentación médica "Medical Documentation"). Si selecciona documentación médica (Medical Documentation), porfavor envíe la descripción de la documentación (P. Ej. notas de progreso, resultados de laboratorio). La solicitud de redeterminación debe incluir toda la documentación pertinente requerida para respaldar la necesidad del artículo o servicio facturado.

RAZÓN PARA LA APELACIÓN - *Reason for Appeal*

Ingrese la explicación detallada de la razón por la cual usted está solicitando una redeterminación.

FORMATO DE SOLICITUD DE UNA REDETERMINACIÓN

GUÍA PARA COMPLETAR EL FORMULARIO

SECCION DE ENVIADO FUERA DEL PLAZO DE TIEMPO -

Late Timely Filing Section

Ingrese una explicación detallada de la razón por la cual usted no pudo enviar la solicitud dentro del plazo de los 120 días, incluya la documentación de respaldo.

Puede enviar su solicitud electrónicamente a través del portal myCGS., sección Reprocesamiento "Reprocessing" <https://mycgsportal.com/mycgs/>

Números de Fax:

CGS Administrators, LLC Jurisdicción B: 1.615.660.5976

CGS Administrators, LLC Jurisdicción C: 1.615.782.4630