

GUIA PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE DEVOLUCION VOLUNTARIA DE UN SOBREPAGO AL DME MAC JURISDICCION C

Provider/Physician/Supplier or Other Entity

Por favor complete el formulario con la información solicitada y envíelo al Contratista de Medicare. Este formato o uno similar que incluya la siguiente información, debe ir con cada una de las devoluciones voluntarias no solicitadas, con el fin de que el cheque que se reciba sea aplicado y registrado de manera correcta.

- 1. Date (Fecha):** Escriba la fecha en la cual esta llenando este formulario.
- 2. Provider/Physician/Supplier or Other Entity Name (Nombre del Proveedor/Medico/Proveedor u otra Entidad):** Escriba el nombre de su empresa o si usted es un médico escriba su nombre o si representa a un proveedor o una entidad diferente, escriba el respectivo nombre.
- 3. Address (Dirección):** Escriba la dirección de su empresa City (Ciudad), State (Estado). Zip (Código Postal).
- 4. PTAN/NPI Number (Número de PTAN/NPI):** Escriba su Número de Proveedor de Medicare o su NPI.
- 5. Tax ID Number (Número de Tax ID):** Escriba su Número de Identificación Tributaria.
- 6. Contact Person (Persona Contacto):** Escriba el nombre de la persona que puede ser contactada en caso de necesitar información adicional.
- 7. Phone Number (Número de Telefono):** Escriba el número de teléfono de la persona contacto.
- 8. Amount of Check \$ (Cantidad del Cheque):** Escriba la cantidad del cheque de la devolución en dólares.
- 9. Check Number (Número del Cheque):** Escriba el número del cheque que corresponde a la devolución.
- 10. Check Date (Fecha del Cheque):** Escriba la fecha de emisión del cheque que corresponde a la devolución.
- 11. Total Billed Amount \$ (Cantidad Total Facturada):** Escriba la cantidad total facturada en dólares.

Refund Information (Informacion de la Devolucion)

Suministre la siguiente información para cada reclamación:

- 1. Patient Name (Nombre del Paciente):** Escriba el nombre del paciente igual a como aparece en la Tarjeta de Medicare.
- 2. Medicare Number (Número de Medicare):** Escriba el número de Medicare del paciente.
- 3. Medicare Claim Number (Número de la Reclamación de Medicare):** Escriba el número de la reclamación específica por la cual usted está haciendo la devolución. Relacione todos los números de las reclamaciones involucradas, anexe una hoja si es necesario.
- 4. Claim Amount Refunded \$ (Monto de la Reclamación devuelto):** Escriba la cantidad que va a ser devuelta en dólares.
- 5. Reason Code for Claim Adjustment (Código de la Razón del Ajuste):** Seleccione uno de los códigos dentro de los que se encuentran en la lista de la parte inferior del formato. Use solamente una razón por cada reclamación. Adjunte una hoja adicional si es necesario.
- 6. If MSP, list Primary Insurance (Si es un MSP):** Escriba el nombre del seguro primario
- 7. Subscriber Name (Nombre del Asegurado):** Escriba el nombre del asegurado en la compañía de seguro primario.

GUIA PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE DEVOLUCION VOLUNTARIA DE UN SOBREPAGO AL DME MAC JURISDICCION C

8. **Subscriber Relationship (Relación con el asegurado):** Escriba la relación que el paciente tiene con el asegurado
9. **Policy Number (Número de la Póliza)**
10. **Group Number (Número de Grupo)**
11. **Insurer Address (Dirección de la Aseguradora)**
12. **City (Ciudad)**
13. **State (Estado)**
14. **Zip (Código Postal)**
15. **Telephone Number (Número de Teléfono)**
16. **Extension (Número de Extensión)**
17. **Injury Diagnosis (Diagnóstico de la lesión)**
18. **Injury date (Fecha de la lesión)**

Debe adjuntar el EOB.

Los Códigos de las Razones de Ajuste son:

Facturación/ Administrativos	MSP/Otro pagador	Misceláneos
01 - Corrección de la fecha de servicio Escriba la fecha en el espacio	07 - Plan de Salud Grupal: Working Aged	13 - Documentación Insuficiente
02 - Duplicado	08 - Plan de Salud Grupal: Disability	14 - Paciente Inscrito en un HMO
03 - Corrección del Código CPT	09 - Plan de Salud Grupal: ESRD	15 - Servicios no prestados
04 - No es su paciente	10 - Plan de Salud No Grupal: No fault Auto Insurance	16 - Necesidad Medica
05 - Agregar/ Remover Modificador	11 - Plan de Salud No Grupal: Liability Insurance	17 - Paciente en un Centro de Enfermeria Especializada
06 - Facturado en Error	12 - Plan de Salud No Grupal: MSP Workers Comp (Including Black Lung)	18 - Articulos Retornados o Recogidos - Fecha (escriba la fecha en el espacio)
		19 - Otros-Por favor especifique la razón en el espacio

For OIG Reporting Requirements

(Para efectos de cumplir con los requisitos del reporte a OIG)

Do you have a Corporate Integrity Agreement with OIG? (Tiene algún acuerdo de Integridad Corporativa con OIG?) Ponga una "X" en "Yes" si tiene un acuerdo o en "No" si no lo tiene

Are you a participant in the OIG Self Disclosure Protocol? (Participa usted en el Protocolo de Auto Divulgación de OIG?) Ponga una "X" en "Yes" si tiene participa o en "No" si no participa

NOTA: Por favor incluya cualquier informacion adicional que se necesite para adjudicar correctamente su reclamacion, tal como: codigos de procedimiento y cantidades de los articulos retornados, Explicacion de Beneficios del seguro primario y razon detallada de la necesidad médica

Haga un Cheque a nombre de: CGS ADMINISTRATORS, LLC

Y envíelo a CGS
DME MAC Jurisdiction C
PO Box 955152
St. Louis, MO 63195-5152