TRIPLE-S ADVANTAGE
Blue Cross Blue Shield of Puerto Rico

Forma de disputa para proveedores no participantes

(APLICA SOLO PARA DISPUTAS DE CANTIDAD PAGADA O "DOWNCODE" DEL SERVICIO)
(Por favor lea las instrucciones abajo)

Triple S Advantage
PO Box 11320
San Juan, PR 00922

Información del proveedor

☐ Médico ☐ Facilidad Medicare ID: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nombre del proveedor _____ Contacto _____
NPI Proveedor que brindó servicio _____ Teléfono _____
NPI Proveedor que factura _____ Número de Fax _____

Nombre del afiliado	Número de afiliado	Número de reclamación	CPT/HCPCs	Fecha de servicio	Cantidad pagada	Cantidad pendiente de pago

Razón para la disputa: _____

Instrucciones

La siguiente información debe ser sometida con la forma:
1. Forma 1500/UB04
2. Copia de la Explicación de Pago
3. Información de contacto (nombre y dirección del proveedor)
4. Información para pago que incluya número de NPI (y números CCS/OSACR para los proveedores institucionales), ZIP code en donde se brindó el servicio y especialidad del proveedor.
5. Si disponible: Cualquier documentación y correspondencia que sustente su disputa (pude ser "interim rate letters" y/o documentación que refleje el pago de Medicare Original en un mismo servicio)
6. Copia de la reclamación original suministrada por el proveedor con la parte de la disputa identificada.

Envíela a:
Claims Department
Re: Provider Payment Dispute
PO Box 11320
San Juan PR 00922

Información importante:
El tiempo para solicitar una disputa del pago provisto por el plan es de 120 días a partir de la determinación inicial.
La disputa debe venir con todos los campos llenos. De no recibirse con todos los requisitos, se considerará incompleta y y sujeto a cancelación. dismissal. El Relevo de Responsabilidad es un requisito para el proceso de disputa de pago.
La disputa se procesará en un perido de 30 días a partir de la fecha de recibido.
Si tiene alguna pregunta, se puede comunicar con el Departamento de Proveedores al 787-620-1919 Ext. 4171 ó al 1-888-620-1919 (libre de cargos) de lunes a viernes de 8:00am a 5:00pm.

Firma del Proveedor _____ **Fecha** _____