



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 00922-1320

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. Cualquier documentación y correspondencia que sustente su disputa (puede ser "interim rate letters" y/o documentación que refleje el pago de Medicare Original por el mismo servicio)
6. Copia de la reclamación original suministrada por el proveedor con la cantidad de disputa debidamente identificada.

Envíe su disputa 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 completados. De no recibirse con todos los requisitos, se considerará incompleta y sujeto a cancelación. El Relevo de Responsabilidad es un requisito para el proceso de disputa de pago.
 La disputa se procesará en un periodo 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** _____