Clover Health

Disputa de pago de reclamaciones

Debido a que Clover Health rechazó su reclamación o usted considera que se pagó un monto insuficiente o excesivo por su reclamación, tiene derecho a solicitar una redeterminación. Si usted es un proveedor fuera de la red que está en desacuerdo con un pago de \$0 por una reclamación, presente una apelación. Complete todas las secciones del formulario. Si no lo hace, es posible que su solicitud no se revise oportunamente.

Información del proveedor ☐ Dentro de la red ☐ Fuera de la red	Información de contacto
Nombre del proveedor:	Nombre:
Ident. nacional del proveedor (NPI):	Dirección:
Ident. tributaria:	N.º de teléfono: ()
Nombre del grupo:	N.º de fax: ()

Información del paciente ☐ HMO ☐ PPO	Documentos adjuntos
Nombre del paciente:	Notificación de envío de pago ☐ Registros médicos ☐
N.º de ident. de miembro:	Documentación de respaldo para la disputa ☐

Información de la reclamación:	
Número de reclamación:	Fecha de servicio: ____ / ____ / ____
Fecha de la determinación: ____ / ____ / ____	
*Si la disputa se presenta 90 días (dentro de la red) o 120 días (fuera de la red) después de la fecha de la determinación, proporcione una causa que justifique la demora.	

Motivo de la disputa (seleccione una opción)
Pago en exceso ☐ Reclamación completa ☐ Código(s) CPT ☐ _____ Monto pagado: \$ _____ Monto previsto: \$ _____
Pago insuficiente ☐ Reclamación completa ☐ Código(s) CPT ☐ _____ Monto pagado: \$ _____ Monto previsto: \$ _____
*El motivo de la solicitud solo se puede considerar como pago insuficiente si la reclamación completa o el código en disputa se pagó inicialmente.
Código(s) de denegación: ☐ _____ Reclamación completa: ☐ Códigos CPT: ☐ _____
Otro (proporcione una descripción) ☐

Descripción (proporcione información adicional que no se haya mencionado anteriormente)