

Nombre :
Domicilio :

del Reclamo :
ID de Asistencia de Salud :
Paciente :
Relación :
Fecha Efectiva :

Estimado Doctor,

Para poder procesar un reclamo recientemente recibido, necesitaremos la siguiente información adicional (*nota: favor de usar el otro lado de este formulario si requiere más espacio para sus respuestas a la siguientes preguntas*):

1. ¿Proporcionó usted algún tratamiento para este paciente dentro del _____ al _____ ? Sí No
Si es así, favor de alistar las fechas de las visitas y el diagnóstico (código ICD-9) de cada visita.

2. ¿Utilizaba el paciente alguna medicina recetada por ALGUNA condición entre las fechas demostradas en la pregunta #1?
Sí No
Si es así, favor de indicar la(s) medicina(s) específica(s) que se administran, fecha(s) inicial(es) recetada(s), y la frecuencia de su uso.

3. ¿Se hospitalizó el paciente por ALGUNA condición entre las fechas demostradas en la Pregunta #1? Sí No
Si es así, dé la(s) fecha(s) y el nombre y domicilio del médico asistente.

4. ¿Se le proporcionó algún tratamiento por ALGUNA condición por cualquier otro médico entre las fechas demostradas en la Pregunta #1? Sí No
Si es así, dé la(s) fecha(s) y el nombre y domicilio del otro médico.

Firma del Doctor

Fecha

Cumpliremos con repaso completo de su reclamo tras el recibo este formulario completado. Gracias por su ayuda.

Sinceramente,
El Departamento de Reclamos

YOUR PARTNER IN HEALTHCARE SOLUTIONS



Phone: (800) 422-6099 * Fax: (209) 474-5407 * P.O. Box 80 Stockton, CA 95201-3080