





## Instrucciones a seguir para reclamar ajuste

Importante: **Límite para someter un ajuste desde la última fecha de pago de la reclamación son 90 días.**

Enviar a la siguiente dirección:

**Medicare y Mucho Más**  
**Depto. de Reclamaciones**  
PO BOX 71114  
SAN JUAN PR 00936-8014

**PMC Medicare Choice**  
**Depto. de Reclamaciones**  
PO Box 366292  
San Juan PR 00936-6292

**First+Plus**  
**Depto. de Reclamaciones**  
PO BOX 71114  
SAN JUAN PR 00936-8014

### Sometidas en forma HCFA 1500 / UB-04

1. Incluya copia de la reclamación.
2. Adjunte copia de la explicación de pago a ajustarse e identifique las líneas de servicio pagadas incorrectamente con un marcador en color.
3. Redacte una breve explicación con la razón del ajuste en cada hoja de reclamación o explicación de pago.
4. Si la reclamación fue denegada por código 29 (expiró tiempo para someter) someta "voucher" de denegación.

### Nota:

**Es de suma importancia siga todas estas instrucciones para que no se afecte el resultado del análisis. Recuerde que los ajustes están sujetos a evaluación del departamento de reclamaciones.**