HealthComp
Third Party Administrators

FECHA _____/_____/_____

PACIENTE _____ NUMERO DEL GRUPO _____
EMPLEADO _____ NUMERO DE CUENTA _____
NUMERO DE RECLAMO _____ FECHA INCURRIDO _____
PROVEEDER _____ CARGO _____

RE: Peticion de Nombres de Medicos de los Cuales Recibio Servicios

Estimado Miembro:

Hemos recibido un reclamo del proveedor mencionado arriba. Para completar el procesamiento de este reclamo, requerimos los nombres y domicilios de todos los proveedores de salud que este paciente ha visto entre _____/_____/_____ y _____/_____/_____.
Por favor provea esta informacion en las lineas enumeradas al inferior de esta carta.

Si usted no obtuvo ningun tratamiento durante las fechas arriba especificadas, por favor escriba "No se obtuvo tratamiento" en la parte de arriba de esta carta, firme y devuelva dentro de cuarenta y cinco (45) dias.

Nombre del Proveedor	Direccion Completa
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

Su Firma: _____ Fecha: _____/_____/_____

La informacion solicitada debe ser reciba por HealthComp dentro de cuarenta y cinco (45) dias de la fecha de la solicitud inicial o el reclamo sera negado/cerrada. Si tiene cualquier pregunta, favor llame a nuestra oficina al (800) 442-7247.

Atentamente,
HealthComp Administrators
Departamento de Reclamos