



## AVERIGUACIÓN SOBRE RECLAMO DE MEDICAID

Si usted desea que el Departamento Cuidado de Salud y Servicios Para Familias determine si uno de sus facturas médicas fueron o deben ser pagadas por el Departamento, usted debe completar este formulario completamente, firme y escriba la fecha y envíelo a la dirección indicada a continuación.

Usted debe incluir evidencia de alguna demanda legal pendiente, amenaza de litigio o contacto con una agencia de recaudación de deudas por parte del proveedor de servicios. También, adjunte las facturas médicas que usted tenga para ayudarnos con nuestra investigación. Cuidado de Salud y Servicios para Familias investigará su petición y le enviará una respuesta por escrito dentro de los 30 días. Usted debe guardar una copia de este formulario después de completarlo.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Paciente: \_\_\_\_\_

Su Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
Ciudad	Estado	Zona Posta

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
(nombre / apellido, o nombre de la institución)

Dirección: \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
Ciudad	Estado	Zona Posta

### INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS

Fecha(s) que recibió los servicios: \_\_\_\_\_

Breve Explicación:

**ENVÍE EL FORMULARIO  
COMPLETADO POR  
CORREO A:**

Illinois Department of Healthcare and Family Services  
Bureau of Professional and Ancillary Services  
Litigation/Collection Review  
201 S. Grand Ave. East  
Springfield, Illinois 62763-0002

**¿TIENE PREGUNTAS?** Comuníquese con los Empleados de Litigio / Recaudación al (217) 524-7319