

Agencia de Medicaid de Alabama

**Pedido de Pago de informacion de Medicaid /
Copia de reclamo de Pago de Medicaid
Llenar formulario completo para agilizar la
solicitud.**

Solicitud de Registro Abogado Recipiente Compañía de Seguro

Nombre /Empresa _____

Direccion _____

Telephono _____ FAX _____ Reclamo # (si es Pertinente) _____

Informacion de Recipiente de Medicaid

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Numero de Seguro Social o Numero de Medicaid _____

Motivo de Solicitud de Registros Medicos _____

Fecha de lesion / Inicio del Problema Medico _____ Fecha Inicial de Denuncia _____

Typo de lesion /heridas _____

Estoy solicitando information de pago de Medicaid / Copias de reclamo pagados por Medicaid y han incluido una autorizacion del beneficiario de Medicaid dando autorizacion de entrega de esta informacion.

Solicitudes directas de informacion de pago de Medicaid / copia de reclamos pagados por Medicaid:

Alabama Medicaid Agency
Attention: Benefit Recovery Section
PO Box 5624
Montgomery, AL 36103-5624
Correo Electronico: BenefitRecovery@Medicaid.Alabama.Gov

Informacion para completar por terceras Personas

Medicaid reconoce la informacion de pago de medicaid y copias de los reclamos pagados por medicaid relacionoandos con el destinatarios de medicaid mencionados anteriormente esta asolicitud se ha compleatado y se adjunta la informacion de pago.

Completado Por

Fecha Completada