

Esta Forma Puede ser llenado por computadora. Imprimir o enviar por fax a Health Management Systems (HMS) numero de FAX (866) 274-5974. Informacion llenada por computadora no premanecera guardada al cerrera. verifique al imprimir antes de cerrar. Imprimir una copia antes de cerrar.

Agencia de Medicaid De Alabama

Notificacion de solicitud de registro medicos del proveedor todos los campos deben ser completados y enviados por el proveedor medico.

Solicitud de Registro Abogado Recipiente Compañia de seguro proveedor

Nombre / Empresa _____

Direccion _____

Telefono _____ 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 reenviando copias de solicitud de Registros medicos recibidos de abogados, Recipiente, o Compañia de seguro medico.

Solicitud Directa de Registros Medicos relacionados con Acciones extracontractuales a:

Health Management Systems
Attention: AL Case Management Unit
PO Box 240756
Montgomery, AL 36124
Toll Free Telephone: 1-877-252-8949
Correo Electronico: alcasualty@hms.com