

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 \_\_\_\_\_

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 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@gainwelltechnologies.com](mailto:alcasualty@gainwelltechnologies.com)