



Denver Health Medicaid Choice
777 Bannock St., MC 6000
Denver, CO 80204

RE: VERIFICATION OF SERVICES

**IMPORTANT MESSAGE
PLEASE READ**

Dear

Denver Health Medicaid Choice (DHMC) is required by law to verify that services billed by your doctor were actually received by you and they match the billing codes and descriptions submitted by your doctor. We need your help in confirming services received. Based on our records, the person listed above received the following medical services:

Claim #:

Provider Name:

Description of Service:

Date of Service Start:

Date of Service End:

Please let us know if the member listed above received the services shown. If so, please mark "Yes" on the statement below. If you do not remember receiving the services listed above, please mark that you do not remember. If you did not receive the medical service on the date of service indicated, or believe there is an error of some kind, please mark your answer as such. We will look into the matter further.

We enclose a self-addressed, prepaid envelope for your convenience in returning the Verification Statement Form back to us.

We thank you for your assistance in this matter.

Sincerely,
Denver Health Medicaid Choice

VERIFICATION STATEMENT

Claim #:

PLEASE CHECK ONE ITEM LISTED BELOW

Yes, I did receive the medical service on the date of service listed above.

I do not remember if I received medical services on the date of service.

No, I did not receive the medical service on the date of service listed above.

Name: _____
(Please print legibly)

Date: _____

Signature: _____

Phone: _____

ASUNTO: VERIFICACIÓN DE SERVICIOS

MENSAJE IMPORTANTE
LÉALO.

Estimado/a

La ley exige que Denver Health Medicaid Choice (DHMC) verifique que usted realmente recibió los servicios facturados por su médico y que coinciden con los códigos de facturación y las descripciones presentadas por su médico. Necesitamos su ayuda para confirmar los servicios recibidos. Según nuestros registros, la persona mencionada anteriormente recibió los siguientes servicios médicos:

Número de reclamo:

Nombre del proveedor:

Descripción del servicio:

Fecha de inicio del servicio:

Fecha de finalización del servicio:

Le solicitamos que nos informe si el miembro mencionado anteriormente recibió los servicios indicados. En caso afirmativo, marque "Sí" en la declaración que figura a continuación. Si usted no recuerda haber recibido los servicios mencionados anteriormente, marque que no los recuerda. Si usted no recibió el servicio médico en la fecha de servicio indicada o cree que hay algún tipo de error, marque su respuesta como tal. Examinaremos la cuestión en más profundidad.

Adjuntamos un sobre con nuestro domicilio y franqueo prepago para facilitar la devolución del formulario de declaración de verificación.

Le agradecemos su ayuda en este asunto.

Atentamente.

Denver Health Medicaid Choice

DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN

Número de reclamo:

MARQUE UNO DE LOS SIGUIENTES PUNTOS.

Sí, recibí el servicio médico en la fecha de servicio indicada anteriormente.

No recuerdo si recibí servicios médicos en la fecha de servicio.

No, no recibí el servicio médico en la fecha de servicio indicada anteriormente.

Nombre: _____
(Escriba con letra de imprenta legible).

Fecha: _____

Firma: _____

Teléfono: _____