



FORMULARIO DE RECLAMO DE SEGURO DE SALUD

APROBADO POR EL COMITÉ NACIONAL DE RECLAMOS UNIFORMES (NUCC) 02/12

PICA

PICA

1. MEDICARE <i>(N.º de Medicare)</i>		MEDICAID <i>(N.º de Medicaid)</i>		TRICARE <i>(N.º ID./N.º DoD)</i>		CHAMPVA <i>(N.º ID. de miembro)</i>		PLAN DE SALUD GRUPAL <i>(N.º ID.)</i>		FECA BLK LUNG <i>(N.º ID.)</i>		OTHER <i>(N.º ID.)</i>		1a. N.º ID. DEL ASEGURADO <i>(Para el programa del punto 1)</i>																																																			
2. NOMBRE DEL PACIENTE <i>(apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)</i>						3. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE MM DD AA			SEXO M F			4. NOMBRE DEL ASEGURADO <i>(apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)</i>																																																					
5. DIRECCIÓN DEL PACIENTE <i>(N.º, calle)</i>						6. RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO La misma persona Cónyuge Hijo Otro						7. DIRECCIÓN DEL ASEGURADO <i>(N.º, calle)</i>																																																					
CIUDAD				ESTADO		8. RESERVADO PARA USO DEL NUCC						CIUDAD				ESTADO																																																	
CÓDIGO POSTAL			TELÉFONO <i>(incluir código de área)</i> ()			9. NOMBRE DEL OTRO ASEGURADO <i>(apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)</i>						CÓDIGO POSTAL				TELÉFONO <i>(incluir código de área)</i> ()																																																	
9. NOMBRE DEL OTRO ASEGURADO <i>(apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)</i>						10. ¿LA AFECCIÓN DEL PACIENTE ESTÁ RELACIONADA CON: a. EMPLEO? <i>(actual o anterior)</i> SÍ NO b. ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO? LUGAR <i>(Estado)</i> SÍ NO c. OTRO TIPO DE ACCIDENTE? SÍ NO						11. GRUPO DE PÓLIZA DEL ASEGURADO O NÚMERO DE FECA a. FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO SEXO MM DD AA M F b. OTRA IDENTIFICACIÓN DE RECLAMO <i>(designada por el NUCC)</i> c. NOMBRE DEL PLAN DE SEGURO O NOMBRE DEL PROGRAMA																																																					
a. NÚMERO DE PÓLIZA O DE GRUPO DEL OTRO ASEGURADO						b. RESERVADO PARA USO DEL NUCC						c. RESERVADO PARA USO DEL NUCC						d. NOMBRE DEL PLAN DE SEGURO O NOMBRE DEL PROGRAMA						10d. CÓDIGOS DE RECLAMO <i>(designados por el NUCC)</i>						11. GRUPO DE PÓLIZA DEL ASEGURADO O NÚMERO DE FECA						a. FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO SEXO MM DD AA M F						b. OTRA IDENTIFICACIÓN DE RECLAMO <i>(designada por el NUCC)</i>						c. NOMBRE DEL PLAN DE SEGURO O NOMBRE DEL PROGRAMA																	
12. FIRMA DEL PACIENTE O DE LA PERSONA AUTORIZADA Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar este reclamo. También solicito el pago de beneficios gubernamentales a mi persona o a la parte que acepta la asignación a continuación. FIRMA _____ FECHA _____						13. FIRMA DEL ASEGURADO O DE LA PERSONA AUTORIZADA Autorizo el pago de beneficios médicos al médico o proveedor abajo firmante por los servicios descritos a continuación. FIRMA _____						14. FECHA DE ENFERMEDAD, LESIÓN O EMBARAZO (UPM) ACTUAL MM DD AA CALIF						15. OTRA FECHA CALIF MM DD AA						16. FECHAS EN LAS QUE EL PACIENTE NO PUDO TRABAJAR EN SU OCUPACIÓN ACTUAL DESDE MM DD AA HASTA MM DD AA																																									
17. NOMBRE DEL PROVEEDOR QUE DERIVA U OTRA FUENTE						17a. _____						17b. NPI _____						18. FECHAS DE HOSPITALIZACIÓN RELACIONADAS CON LOS SERVICIOS ACTUALES DESDE MM DD AA HASTA MM DD AA						19. INFORMACIÓN ADICIONAL DEL RECLAMO <i>(designada por el NUCC)</i>						20. ¿LABORATORIO EXTERNO? CARGOS \$ SÍ NO						21. DIAGNÓSTICO O NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN Relacione A-L con la línea de servicio a continuación (24E) Ind. ICD						22. CÓDIGO DE NUEVA PRESENTACIÓN N.º REF. ORIGINAL						23. N.º AUTORIZACIÓN PREVIA																	
24. A. FECHA(S) DEL SERVICIO DESDE MM DD AA HASTA MM DD AA						B. LUGAR DEL SERVICIO						C. EMG						D. PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS O SUMINISTROS <i>(Exlique las circunstancias inusuales)</i> CPT/HCPCS MODIFICADOR						E. INDICADOR DE DIAGNÓSTICO						F. CARGOS \$						G. DÍAS O UNIDADES						H. PLAN FAMILIAR EPSDT						I. CALIF. DE ID.						J. N.º ID. DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO											
1						2						3						4						5						6						NPI						NPI						NPI						NPI						NPI					
25. N.º ID. FISCAL FEDERAL						NÚMERO DE SEGURO SOCIAL						EIN						26. N.º CUENTA DEL PACIENTE						27. ¿ACEPTAR ASIGNACIÓN? <i>(Para reclamos al gobierno, consulte al dorso)</i> SÍ NO						28. CARGO TOTAL \$						29. MONTO PAGADO \$						30. Reservado para uso del NUCC																							
31. FIRMA DEL MÉDICO O PROVEEDOR, INCLUIDOS TÍTULOS O CREDENCIALES <i>(Certifico que las declaraciones que figuran al dorso se aplican a esta factura y forman parte de ella).</i> FIRMA _____ FECHA _____						32. INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL CENTRO DE SERVICIO a. _____ b. _____						33. INFORMACIÓN Y N.º DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR DE FACTURACIÓN () a. _____ b. _____																																																					

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL ASEGURADO

INFORMACIÓN DEL MÉDICO O PROVEEDOR

ASEGURADORA

DEBIDO A QUE ESTE FORMULARIO ES UTILIZADO POR DIVERSOS PROGRAMAS DE SALUD GUBERNAMENTALES Y PRIVADOS, CONSULTE LAS INSTRUCCIONES POR SEPARADO EMITIDAS POR LOS PROGRAMAS APLICABLES.

AVISO: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga cualquier tergiversación o cualquier información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un acto delictivo punible en virtud de la ley y puede estar sujeta a sanciones civiles.

SE REFIERE ÚNICAMENTE A PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

PAGOS DE MEDICARE Y TRICARE: La firma de un paciente solicita que se realice el pago y autoriza la divulgación de cualquier información necesaria para procesar el reclamo, y certifica que la información proporcionada en los bloques 1 a 12 es verdadera, precisa y completa. En el caso de un reclamo de Medicare, la firma del paciente autoriza a cualquier entidad a divulgar a Medicare información médica y no médica, y si la persona tiene seguro de salud grupal del empleador, seguro de responsabilidad civil, seguro a todo riesgo, compensación del trabajador u otro seguro que sea responsable de pagar los servicios por los cuales se realiza el reclamo de Medicare. Consulte 42 CFR 411.24(a). Si se completa el punto 9, la firma del paciente autoriza la divulgación de la información al plan de salud o agencia que se muestra. En los casos de participación asignados por Medicare o TRICARE, el médico acepta la determinación del cargo de la aseguradora de Medicare o el intermediario fiscal de TRICARE como el cargo total y el paciente es responsable únicamente del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo de la aseguradora de Medicare o el intermediario fiscal de TRICARE si es menor que el cargo presentado. TRICARE no es un programa de seguro de salud, pero realiza el pago de los beneficios de salud proporcionados a través de ciertas afiliaciones con los Servicios Uniformados. La información sobre el patrocinador del paciente debe proporcionarse en los puntos referidos al "asegurado"; es decir, los puntos 1a, 4, 6, 7, 9 y 11.

RECLAMOS DE BLACK LUNG Y FECA

El proveedor acepta el monto pagado por el gobierno como pago total. Consulte las instrucciones de Black Lung y FECA con respecto a los sistemas de codificación de procedimientos y diagnósticos requeridos.

FIRMA DEL MÉDICO O PROVEEDOR (MEDICARE, TRICARE, FECA Y BLACK LUNG)

Al presentar este reclamo para el pago de fondos federales, certifico que: 1) la información de este formulario es verdadera, precisa y completa; 2) me he familiarizado con todas las leyes, regulaciones e instrucciones de programas aplicables, que están disponibles a través del contratista de Medicare; 3) he proporcionado o proporcionaré la información necesaria para permitir que el gobierno tome una decisión informada sobre la elegibilidad y el pago; 4) este reclamo, ya sea presentado por mí o en mi nombre por mi compañía de facturación designada, cumple con todas las leyes, regulaciones e instrucciones de programas aplicables de Medicare o Medicaid para el pago, incluidas, entre otras, el estatuto federal antisoborno y la Ley de Autorreferencia del Médico (comúnmente conocida como Ley Stark); 5) los servicios que se detallan en este formulario eran médicamente necesarios y fueron personalmente proporcionados por mí o por mi empleado bajo mi supervisión directa como parte incidental de mi servicio profesional, excepto que Medicare o TRICARE permitan expresamente lo contrario; 6) por cada servicio prestado como parte incidental a mi servicio profesional, la identidad (nombre legal y NPI, n.º de licencia o n.º del Seguro Social) de la persona principal que presta cada servicio se informa en la sección designada. Para que los servicios se consideren "parte incidental" de los servicios profesionales de un médico, 1) deben ser proporcionados por el empleado bajo la supervisión directa del médico, 2) deben ser una parte integral, aunque incidental, de un servicio médico cubierto, 3) deben ser de tipo comúnmente proporcionado en los consultorios médicos, y 4) los servicios de profesionales no médicos deben incluirse en las facturas del médico.

En el caso de reclamos de TRICARE, certifico además que yo (o cualquier empleado que prestó servicios) no soy miembro en servicio activo de los Servicios Uniformados ni un empleado civil del Gobierno de los Estados Unidos o un empleado contratado del Gobierno de los Estados Unidos, ya sea civil o militar (consulte 5 USC 5536). En el caso de reclamos de Black-Lung, certifico además que los servicios prestados fueron por un trastorno relacionado con la neumocoñosis.

No se pueden pagar beneficios de la Parte B de Medicare a menos que este formulario se reciba según lo exijan las leyes y regulaciones existentes (42 CFR 424.32).

AVISO: Cualquier persona que tergiversa o falsifique información esencial para recibir el pago de fondos federales solicitados mediante este formulario puede, tras la condena, estar sujeta a multas y encarcelamiento en virtud de las leyes federales aplicables.

AVISO AL PACIENTE SOBRE LA RECOPIACIÓN Y EL USO DE INFORMACIÓN DE MEDICARE, TRICARE, FECA Y BLACK LUNG (DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD)

Estamos autorizados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), TRICARE y la Oficina de Programas de Compensación de Trabajadores (Office of Workers' Compensation Programs, OWCP) a pedirle la información necesaria para la administración de los programas Medicare, TRICARE, FECA y Black Lung. La autoridad para recopilar información se encuentra en las secciones 205(a), 1862, 1872 y 1874 de la Ley de Seguridad Social con sus enmiendas, 42 CFR 411.24(a) y 424.5(a) (6) y 44 USC 3101; 41 CFR 101 et seq y 10 USC 1079 y 1086; 5 USC 8101 et seq; y 30 USC 901 et seq; 38 USC 613; E.O. 9397.

La información que obtenemos para completar reclamos en virtud de estos programas se utiliza para identificarlo a usted y determinar su elegibilidad. También se utiliza para decidir si los servicios y suministros que recibió están cubiertos por estos programas y para garantizar que se realice el pago adecuado.

La información también puede entregarse a otros proveedores de servicios, aseguradoras, intermediarios, juntas de revisión médica, planes de salud y otras organizaciones u organismos federales, para la administración efectiva de disposiciones federales que requieren que otros terceros pagadores paguen principalmente al programa federal, y según sea necesario para administrar estos programas. Por ejemplo, puede ser necesario divulgar información a un hospital o un médico sobre los beneficios que usted ha utilizado. Se realizan divulgaciones adicionales a través de usos de rutina para la información contenida en los sistemas de registros.

PARA RECLAMOS DE MEDICARE: Consulte el sistema de modificación de avisos N.º 09-70-0501, titulado "Registro de Reclamos de Medicare a Aseguradoras", publicado en el Registro Federal, Vol. 55 N.º 177, página 37549, miércoles 12 de septiembre de 1990, o según se actualice y vuelva a publicarse.

PARA RECLAMOS DE OWCP: Departamento de Trabajo, Ley de Privacidad de 1974, "Republicación del Aviso de Sistemas de Registros", Registro Federal Vol. 55 N.º 40, miércoles 28 de febrero de 1990, consulte ESA-5, ESA-6, ESA-12, ESA-13, ESA-30, o según se actualice y vuelva a publicarse.

PARA RECLAMOS DE TRICARE: PROPÓSITO(S) PRINCIPAL(ES): Evaluar la elegibilidad para la atención médica proporcionada por fuentes civiles y emitir el pago al establecer la elegibilidad y determinar que los servicios/suministros recibidos están autorizados por ley.

USO(S) DE RUTINA: La información de reclamos y documentos relacionados puede entregarse al Departamento de Asuntos de Veteranos, al Departamento de Salud y Servicios Humanos o al Departamento de Transporte de acuerdo con sus responsabilidades administrativas legales en virtud de TRICARE/CHAMPVA; al Departamento de Justicia para la representación del Secretario de Defensa en acciones civiles; al Servicio de Impuestos Internos, agencias de cobranzas privadas y agencias de informes del consumidor en relación con reclamos de reembolso; y a las Oficinas del Congreso en respuesta a las consultas realizadas a solicitud de la persona a quien pertenece un registro. Se pueden realizar divulgaciones adecuadas a otras agencias gubernamentales federales, estatales, locales o extranjeras; entidades comerciales privadas y proveedores individuales de atención sobre asuntos relacionados con derechos, adjudicación de reclamos, fraude, abuso de programas, revisión de utilización, aseguramiento de calidad, revisión de pares, integridad de los programas, responsabilidad de terceros, coordinación de beneficios, y litigios civiles y penales relacionados con la operación de TRICARE.

DIVULGACIONES: Voluntarias; sin embargo, el hecho de no proporcionar información dará lugar a la demora en el pago o puede dar lugar a la denegación del reclamo. Con la única excepción que se analiza a continuación, no hay sanciones en virtud de estos programas por negarse a proporcionar información. Sin embargo, no proporcionar información sobre los servicios médicos prestados o el monto cobrado impediría el pago de reclamos en virtud de estos programas. Si no se proporciona cualquier otra información, como el nombre o el número de reclamo, se retrasaría el pago del reclamo. No proporcionar información médica en virtud de la FECA podría considerarse una obstrucción.

Es obligatorio que nos informe si sabe que otra parte es responsable de pagar su tratamiento. La Sección 1128B de la Ley del Seguro Social y 31 USC 3801-3812 establecen sanciones por retener esta información.

Debe tener en cuenta que el P.L. 100-503, la "Ley de Comparación de Datos por Computadora y Protección de la Privacidad de 1988", permite al gobierno verificar la información mediante cotejos por computadora.

PAGOS DE MEDICAID (CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR)

Por el presente, acepto conservar los registros que sean necesarios para divulgar completamente el alcance de los servicios prestados a las Personas en virtud del plan del Título XIX del estado y proporcionar información sobre cualquier pago reclamado por la prestación de dichos servicios que la agencia estatal o el Departamento de Salud y Servicios Humanos puedan solicitar.

Además, acepto, como pago total, el monto pagado por el programa Medicaid para los reclamos presentados para el pago en virtud de ese programa, con la excepción del deducible, el coseguro, el copago o el cargo de costo compartido similar autorizados.

FIRMA DEL MÉDICO (O PROVEEDOR): Certifico que los servicios mencionados anteriormente estaban médicamente indicados y eran necesarios para la salud de este paciente, y que fueron proporcionados personalmente por mí o por mi empleado bajo mi dirección personal.

AVISO: Certifico que la información incluida en el presente formulario es verdadera, precisa y completa. Comprendo que el pago y la satisfacción de este reclamo provendrán de fondos federales y estatales, y que cualquier reclamo, declaración o documento falso, u ocultamiento de un hecho material, puede ser procesado en virtud de las leyes federales o estatales aplicables.

De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1197. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es, en promedio, de 10 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene cualquier comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimativos o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a esta dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PAA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. Esta dirección es solo para comentarios o sugerencias. **NO ENVÍE POR CORREO LOS FORMULARIOS DE RECLAMO COMPLETADOS A ESTA DIRECCIÓN.**