



P.O. Box 1219
Newark, NJ 07101-1219

Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

FORMULARIO DE RECLAMACIONES DE SEGUROS MÉDICOS PARA CUENTAS NACIONALES

PICA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
1. MEDICARE <input type="checkbox"/> (No. de Medicare)		MEDICAID <input type="checkbox"/> (No. de Medicaid)		TRICARE CHAMPUS <input type="checkbox"/> (Número de Seguro Social del Patrocinador)		CHAMPVA <input type="checkbox"/> (Número de Identificación del Afiliado)		PLAN DE SALUD COLECTIVO <input type="checkbox"/> (Número de Seguro Social o Identificación)		FECA BLK LUNG OTRO <input type="checkbox"/> (Número de Seguro Social) <input type="checkbox"/> (Identificación)							
2. NOMBRE DEL PACIENTE (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				3. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE Mes: <input type="text"/> Dia: <input type="text"/> Año: <input type="text"/> SEXO: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>				1a. NÚMERO DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO PREFIJO (SI HUBIERA) <input type="text"/> PORCIÓN NUMÉRICA <input type="text"/>									
5. DIRECCIÓN DEL PACIENTE (Calle, Número)				6. RELACION DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO Sí mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				4. NOMBRE DEL ASEGURADO (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)									
CIUDAD		ESTADO		8. CONDICIÓN DEL PACIENTE Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				CIUDAD		ESTADO							
CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO (Inclusive el código de área) (<input type="text"/>)		10. CONDICIÓN DEL PACIENTE RELACIONADA CON: Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo parcial <input type="checkbox"/>				CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO (Inclusive el código de área) (<input type="text"/>)							
9. OTROS NOMBRES DEL ASEGURADO (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				10. CONDICIÓN DEL PACIENTE RELACIONADA CON:				7. DIRECCIÓN DEL ASEGURADO (Calle, Número)									
a. NÚMERO DE GRUPO O POLIZA DEL OTRO ASEGURADO		b. FECHA DE NACIMIENTO DE OTRO ASEGURADO Mes: <input type="text"/> Dia: <input type="text"/> Año: <input type="text"/> SEXO: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>		c. NOMBRE DEL EMPLEADOR O DE LA ESCUELA		d. NOMBRE DEL PLAN DE SEGUROS O DEL PROGRAMA		11. NÚMERO DE FECA O GRUPO DE POLIZA DEL ASEGURADO		a. FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO Mes: <input type="text"/> Dia: <input type="text"/> Año: <input type="text"/> SEXO: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>							
a. ¿EMPLEO? (Presente o anterior) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		b. ¿ACCIDENTE DE AUTO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		c. ¿OTRO ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		10d. RESERVADO PARA USO LOCAL		b. NOMBRE DEL EMPLEADOR O DE LA ESCUELA		c. NOMBRE DEL PLAN DE SEGUROS O DEL PROGRAMA							
12. FIRMA DEL PACIENTE O LA PERSONA AUTORIZADA. Autorizo la divulgación de información médica o de otro tipo necesaria para procesar esta reclamación. También solicito el pago de beneficios del gobierno a mí o a la parte indicada abajo que acepta la cesión. FIRMADO _____ FECHA _____		13. FIRMA DEL ASEGURADO O LA PERSONA AUTORIZADA. Autorizo el pago de beneficios médicos al médico o proveedor abajo firmante por los servicios descritos abajo. FIRMADO _____		13. FIRMA DEL ASEGURADO O LA PERSONA AUTORIZADA. Autorizo el pago de beneficios médicos al médico o proveedor abajo firmante por los servicios descritos abajo. FIRMADO _____		13. FIRMA DEL ASEGURADO O LA PERSONA AUTORIZADA. Autorizo el pago de beneficios médicos al médico o proveedor abajo firmante por los servicios descritos abajo. FIRMADO _____		13. FIRMA DEL ASEGURADO O LA PERSONA AUTORIZADA. Autorizo el pago de beneficios médicos al médico o proveedor abajo firmante por los servicios descritos abajo. FIRMADO _____		13. FIRMA DEL ASEGURADO O LA PERSONA AUTORIZADA. Autorizo el pago de beneficios médicos al médico o proveedor abajo firmante por los servicios descritos abajo. FIRMADO _____							
14. FECHA DE LA ENFERMEDAD: Mes: <input type="text"/> Dia: <input type="text"/> Año: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ACTUAL (primer síntoma) O LESIÓN (accidente) O EMBARAZO (FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN)		15. SI EL PACIENTE HA TENIDO LA MISMA ENFERMEDAD O SIMILAR DE LA PRIMERA FECHA Mes: <input type="text"/> Dia: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>		16. FECHAS EN LAS CUALES EL PACIENTE NO PUDO TRABAJAR EN LA OCUPACIÓN ACTUAL DE Mes: <input type="text"/> Dia: <input type="text"/> Año: <input type="text"/> HASTA Mes: <input type="text"/> Dia: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>		17. NOMBRE DEL PROVEEDOR QUE REMITE U OTRA FUENTE 17a. <input type="text"/> 17b. IDENTIFICADOR DEL PROVEEDOR NACIONAL (NPI) <input type="text"/>		18. FECHAS DE HOSPITALIZACIÓN RELACIONADAS CON LOS SERVICIOS ACTUALES DE Mes: <input type="text"/> Dia: <input type="text"/> Año: <input type="text"/> HASTA Mes: <input type="text"/> Dia: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>		19. RESERVADO PARA USO LOCAL		20. ¿LABORATORIO EXTERNO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$ CARGOS <input type="text"/>					
21. DIAGNÓSTICO O NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN (Vincule los artículos 1, 2, 3 o 4 hasta el artículo 24E por línea) 1. <input type="text"/> 2. <input type="text"/> 3. <input type="text"/> 4. <input type="text"/>		22. NUEVA REMISIÓN A MEDICAID CÓDIGO <input type="text"/> NÚMERO DE REFERENCIA ORIGINAL <input type="text"/>		23. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN PREVIA <input type="text"/>		24.A. FECHA(S) DE SERVICIO De Mes: <input type="text"/> Dia: <input type="text"/> Año: <input type="text"/> Hasta Mes: <input type="text"/> Dia: <input type="text"/> Año: <input type="text"/> B. LUGAR DEL SERVICIO <input type="text"/> C. EMG <input type="text"/> D. PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS O SUMINISTROS (Explique las circunstancias inusuales) CPT/HCPCS <input type="text"/> MODIFICADOR <input type="text"/> E. INDICADOR DE DIAGNÓSTICO <input type="text"/>		F. \$ CARGOS <input type="text"/>		G. DÍAS O UNIDADES <input type="text"/>		H. Plan familiar EPSDT <input type="text"/>		I. Identificación, CAL <input type="text"/>		J. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR <input type="text"/>	
25. NÚMERO FEDERAL DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA <input type="text"/>		Número de Seguro Social <input type="text"/>		NÚMERO FEDERAL DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR <input type="text"/>		26. NÚMERO DE CUENTA DEL PACIENTE <input type="text"/>		27. ACEPTA LA CESIÓN (Para reclamaciones del gobierno, ver el reverso) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		28. CARGO TOTAL \$ <input type="text"/>		29. CANTIDAD PAGADA \$ <input type="text"/>		30. SALDO A PAGAR \$ <input type="text"/>			
31. FIRMA DEL MÉDICO O PROVEEDOR INCLUYENDO LOS TÍTULOS Y CREDENCIALES (Certifico que las declaraciones en el reverso corresponden a esta factura y se incluyen como una parte de la misma.) FIRMADO _____ FECHA _____		32. INFORMACIÓN SOBRE LA UBICACIÓN DE LA INSTALACIÓN DONDE SE REALIZARON LOS SERVICIOS a. NPI <input type="text"/> b. <input type="text"/>		33. INFORMACIÓN Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL PROVEEDOR DE LA FACTURA a. NPI <input type="text"/> b. <input type="text"/>													

ASEGURADOR

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↓

↓

↑

↑

↑

↑

↑

↑

↓

↓

↓

↓

↓

↓

↓

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE Y EL ASEGURADO

INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO O PROVEEDOR

DEBIDO A QUE ESTE FORMULARIO ES USADO POR DIVERSOS PROGRAMAS DE SALUD PRIVADOS Y GUBERNAMENTALES, CONSULTE LAS INSTRUCCIONES SEPARADAS EMITIDAS POR LOS PROGRAMAS CORRESPONDIENTES.

AVISO: Cualquier persona que intencionadamente presente una declaración de reclamación que contenga una distorsión o información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un acto criminal punible bajo la ley y puede estar sujeto a castigos civiles.

SE REFIERE SOLAMENTE A PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

PAGOS DE MEDICARE Y CHAMPUS: La firma de un paciente solicita que se haga el pago y autoriza la divulgación de cualquier información necesaria para procesar la reclamación y certifica que la información provista en los Bloques 1 al 12 es veraz, exacta y completa. En el caso de una reclamación de Medicare, la firma del paciente autoriza a cualquier entidad a divulgar a Medicare información médica y no médica, inclusive la condición de empleo y si la persona tiene seguro médico colectivo del empleador, compensación del trabajador, responsabilidad, seguro con franquicia u otro seguro que sea responsable de pagar por los servicios para los cuales se hace la reclamación a Medicare. Consulte 42 CFR 411.24(a). Si se completa el artículo 9, la firma del paciente autoriza la divulgación de la información al plan de salud o agencia mostrado. En los casos de participación de CHAMPUS o asignados a Medicare, el médico está de acuerdo en aceptar la determinación del cargo del portador de Medicare o el intermediario fiscal de CHAMPUS como cargo completo, siendo el paciente responsable solamente por el deducible, el coaseguro y los servicios no cubiertos. El coaseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo del portador de Medicare o el intermediario fiscal de CHAMPUS y si fueran menores que el cargo remitido. CHAMPUS no es un programa de seguro médico pero hace pagos de beneficios de salud proporcionados por medio de ciertas afiliaciones con los Servicios Uniformados. La información sobre el patrocinador del paciente debe proporcionarse en aquellos artículos indicados en "asegurado", es decir, 1a, 4, 6, 7, 9 y 11.

RECLAMACIONES DE BLACK LUNG Y FECA

El proveedor está de acuerdo en aceptar la cantidad pagada por el Gobierno como pago completo. Consulte las instrucciones de Black Lung y FECA respecto de los sistemas de codificación de diagnóstico y procedimiento requeridos.

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

Certifico que los servicios mostrados en este formulario estaban indicados médicamente y eran necesarios para la salud del paciente y fueron proporcionados personalmente por mí o por mi empleado/a en forma incidental a mi servicio profesional bajo mi indicación personal inmediata, con la excepción que de otra manera esté permitida expresamente por los reglamentos de Medicare o CHAMPUS.

Para que los servicios se consideren como "incidente" del servicio profesional de un médico, 1) deben prestarse bajo la supervisión personal inmediata del médico por su empleado/a, 2) deben ser una parte integral aunque incidental del servicio de un médico cubierto, 3) deben ser del tipo comúnmente proporcionado en consultorios de médicos y 4) los servicios de no médicos deben estar incluidos en la factura del médico.

Para los reclamos de CHAMPUS, certifico también que yo (o cualquier empleado) que presté servicios, no soy(es) un miembro en servicio activo de los Servicios Uniformados o un empleado civil del Gobierno de los Estados Unidos o un empleado contratado del Gobierno de los Estados Unidos, ya sea civil o militar (remítase a 5 USC 5536). Para las reclamaciones de Black Lung, certifico también que los servicios realizados fueron para un trastorno relacionado con el Pulmón Negro.

No podrán pagarse beneficios de Medicare parte B a menos que este formulario se reciba según los requisitos de la ley y los reglamentos existentes (42 CFR 424.32).

AVISO: Quien distorsione o falsifique información esencial para recibir pagos de fondos Federales solicitados por este formulario puede estar sujeto a multas y prisión bajo las leyes correspondientes al ser condenado.

AVISO PARA LOS PACIENTES ACERCA DE LA OBTENCIÓN Y EL USO DE INFORMACIÓN DE MEDICARE, CHAMPUS, FECA Y BLACK LUNG

(DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD)

Tenemos la autorización de CMS, CHAMPUS y OWCP de solicitarle información necesaria para la administración de los programas de Medicare, CHAMPUS, FECA y Black Lung. La autoridad para obtener información está en la sección 205(a), 1862, 1872 y 1874 del la Ley de Seguridad Social según enmienda, 42 CFR 411.24(a) y 424.5(a) (6), y 44 USC 3101; 41 CFR 101 y siguientes y 10 USC 1079 y 1086; 5 USC 8101 y siguientes; y 30 USC 901 y siguientes; 38 USC 613; E.O. 9397.

La información que obtenemos para completar las reclamaciones bajo estos programas se usa para identificarle y para determinar su elegibilidad. También se usa para decidir si los servicios y suministros que recibió están cubiertos por estos programas y para asegurar que se haga el pago adecuado.

La información también puede brindarse a otros proveedores de servicios, portadores, intermediarios, juntas de revisión médica, planes de salud y otras agencias Federales u organizaciones, para la administración eficaz de disposiciones Federales que requieren que terceros pagadores paguen primeramente al programa Federal, y según sea necesario de otra manera para administrar estos programas. Por ejemplo, puede ser necesario divulgar la información sobre los beneficios que ha utilizado a un hospital o un médico. Divulgaciones adicionales se realizan por medio de usos de rutina para la información contenida en sistemas de expedientes.

PARA RECLAMACIONES DE MEDICARE: Consulte el aviso que modifica el Número 09-70-0501, del sistema, titulado, 'Registro de Reclamaciones de Medicare,' publicado en el Federal Register, Volumen 55 Número 177, página 37549, Miércoles 12 de septiembre de 1990, o según la actualización y nueva publicación.

PARA RECLAMACIONES DE OWCP: Departamento de Trabajo, Ley de Privacidad de 1974, "Nueva Publicación del Aviso de Sistemas de Registros," Federal Register Volumen 55 Número 40, Miércoles 28 de febrero de 1990, Consulte ESA-5, ESA-6, ESA-12, ESA-13, ESA-30, o según la actualización y nueva publicación.

PARA RECLAMACIONES DE CHAMPUS: PROPÓSITO(S) PRINCIPAL(ES): Evaluar la elegibilidad de la atención médica proporcionada por fuentes civiles y emitir pagos al establecer la elegibilidad y la determinación de que los servicios/ suministros recibidos están autorizados por ley.

USO(S) DE RUTINA: La información de reclamaciones y documentos relacionados puede entregarse al Departamento de Asuntos de Veteranos, al Departamento de Salud y Servicios Humanos y/o al Departamento de Transporte coherente con sus responsabilidades administrativas reglamentarias según CHAMPUS/CHAMPVA; al Departamento de Justicia por la representación del Secretario de Defensa en acciones civiles; al Servicio de Impuestos Internos, a agencias privadas de recolección, y agencias de informe al consumidor en conexión con reclamaciones de recuperación; y a Oficinas del Congreso en respuesta a consultas realizadas a pedido de la persona a quien le pertenece el expediente. Las revelaciones apropiadas pueden hacerse a otras agencias gubernamentales federales, estatales, locales y extranjeras, entidades empresariales privadas y proveedores de cuidado individuales, sobre temas relacionados con derechos, adjudicación de reclamaciones, fraude, abuso de programas, revisión de la utilización, garantía de la calidad, revisión por pares, integridad del programa, responsabilidad de terceros, coordinación de beneficios, y litigios criminales y civiles relacionados con la operación de CHAMPUS.

DIVULGACIONES: Voluntarias, sin embargo, no proporcionar información producirá retrasos en los pagos o la denegación de la reclamación. Con la única excepción mencionada abajo, no existen multas bajo estos programas por negarse a proporcionar información. Sin embargo, no proporcionar información respecto de servicios médicos prestados o la cantidad cobrada evitaría el pago de reclamaciones bajo estos programas. No proporcionar cualquier otra información, como el nombre o número de reclamación, retrasaría el pago de la reclamación. No proporcionar información médica bajo FECA puede ser considerado una obstrucción.

Es obligatorio que nos diga si sabe que un tercero sea responsable por el pago de su tratamiento. La sección 1128B del al Ley de Seguridad Social y 31 USC 3801-3812 proporcionan sanciones por retener esta información.

Debe saber que P.L. 100-503, la "Ley de Protección de la Privacidad y Comparación Automatizada Computarizada de 1988" permite que el gobierno verifique información por medio de comparación automatizada computarizada.

PAGOS DE MEDICAID (CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR)

Por la presente acepto conservar tales expedientes según sea necesario para la divulgación completa del alcance de los servicios proporcionados a personas físicas bajo el plan del Título 19 del estado y para proveer información respecto de pagos reclamados por la realización de tales servicios según lo solicite la Agencia Estatal o el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

También estoy de acuerdo en aceptar, como pago completo, la cantidad pagada por el programa Medicaid por esas reclamaciones remitidos para el pago bajo ese programa, con la excepción del deducible, coaseguro, copago o gasto compartido similar autorizado.

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

AVISO: Esto certifica que la información precedente es veraz, exacta y completa. Entiendo que el pago y la satisfacción de esta reclamación provendrá de fondos Federales y Estatales y que cualquier reclamación, declaración o documentos falsos u ocultamiento de hechos materiales puede ser procesado bajo las leyes Federales y Estatales correspondientes.

De acuerdo con la Ley para Reducción del Papeleo de 1995, ninguna persona necesita responder a una obtención de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta obtención de información es 0938-0999. Se estima que el tiempo requerido para completar esta obtención de información es un promedio de 10 minutos por respuesta, incluidos el tiempo para revisar las instrucciones, la búsqueda de recursos de datos existentes, la recolección de los datos necesarios y completar y revisar la recolección de la información. Si tiene algún comentario concerniente a la exactitud de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, sírvase escribir a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850. Esta dirección sólo sirve para comentarios y sugerencias. NO ENVÍE POR CORREO LOS FORMULARIOS COMPLETADOS A ESTA DIRECCIÓN.