

1500

## FORMULIR KLAIM ASURANSI KESEHATAN

DISETUJUI OLEH KOMITE KLAIM SERAGAM NASIONAL 08/05

1. PERAWATAN KESEHATAN										1a. NOMOR ID TERTANGGUNG									
MEDICAID <input type="checkbox"/> TRIKARE JUARA <input type="checkbox"/> CHAMPVA <input type="checkbox"/> KELOMPOK RENCANA KESEHATAN <input type="checkbox"/> FECA BLK PARU <input type="checkbox"/> LAINNYA <input type="checkbox"/> (Perawatan Medis #) (Bantuan Medis #) (SSN Sponsor) (Tanda Anggota#) (SSN atau ID) (SSN) (PENGENAL)										(Untuk Program pada Butir 1)									
2. NAMA PASIEN (Nama Belakang, Nama Depan, Inisial Tengah)										3. TANGGAL LAHIR PASIEN MM DD YY SEKS M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>									
5. ALAMAT PASIEN (No., Jalan)										4. NAMA TERTANGGUNG (Nama Belakang, Nama Depan, Inisial Tengah)									
6. HUBUNGAN PASIEN DENGAN TERASURANSI Diri sendiri <input type="checkbox"/> Anak Pasangan <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/>										7. ALAMAT TERASURANSI (No., Jalan)									
KOTA										KOTA									
KODE POS										KODE POS									
TELEPON (Cantumkan Kode Area)										TELEPON (Cantumkan Kode Area)									
9. NAMA TERMASUK LAINNYA (Nama Belakang, Nama Depan, Inisial Tengah)										11. KELOMPOK POLIKAN ATAU NOMOR FECA TERTANGGUNG									
A. NOMOR POLI ATAU GRUP TERTANGGUNG LAINNYA										A. TANGGAL LAHIR TERTANGGUNG MM DD YY SEKS M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>									
B. TANGGAL LAHIR TERTANGGUNG LAINNYA MM DD YY SEKS M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>										B. NAMA KARYAWAN ATAU NAMA SEKOLAH									
C. NAMA KARYAWAN ATAU NAMA SEKOLAH										C. NAMA RENCANA ASURANSI ATAU NAMA PROGRAM									
D. NAMA RENCANA ASURANSI ATAU NAMA PROGRAM										D. APAKAH ADA RENCANA MANFAAT KESEHATAN LAINNYA? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK <i>Jika ya, kembali ke dan selesaikan item 9 iklan.</i>									
12. TANDA TANGAN PASIEN ATAU ORANG YANG BERWENANG Saya mengizinkan dikeluarkan informasi medis atau informasi lain yang diperlukan untuk memproses klaim ini. Saya juga meminta pembayaran tunjangan pemerintah baik kepada diri saya sendiri maupun kepada pihak yang menerima penugasan di bawah ini. TERTANDA _____ TANGGAL _____										13. TANDA TANGAN TERTANGGUNG ATAU ORANG YANG BERWENANG Saya memberi kuasa pembayaran tunjangan kesehatan kepada dokter atau pemasok yang bertanda tangan di bawah ini untuk layanan yang dijelaskan di bawah ini. TERTANDA _____									
14. TANGGAL SAAT INI : MM DD YY										15. JIKA PASIEN MEMILIKI PENYAKIT YANG SAMA ATAU SERUPA. BERIKAN TANGGAL PERTAMA MM DD YY									
17. NAMA PENYEDIA REFERENSI ATAU SUMBER LAINNYA										18. TANGGAL RUMAH SAKIT TERKAIT PELAYANAN SAAT INI MM DD YY DARI KE MM DD YY									
19. DILINDUNGI UNTUK PENGGUNAAN LOKAL										20. LAB LUAR? \$ BIAYA <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK									
21. DIAGNOSIS ATAU SIFAT PENYAKIT ATAU CEDERA (Hubungkan Butir 1, 2, 3 atau 4 dengan Butir 24E per Baris)										22. KODE PENGIRIMAN ULANG MEDICAID REF ASLI. TIDAK.									
23. NOMOR IZIN SEBELUMNYA										24. A. TANGGAL LAYANAN Dari MM DD YY Ke MM DD YY B. TEMPAT MELAYANI EMG CPT/HCPCS PENGUBAH E. DIAGNOSA POINTER F. \$ BIAYA G. HARI ATAU UNIT H. EPSDT Keluaraga RENCANA KUALITAS I. J. PENYEDIAAN ID PENYEDIA. #									
1										NPI									
2										NPI									
3										NPI									
4										NPI									
5										NPI									
6										NPI									
25. NOMOR ID PAJAK FEDERAL SSN EIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										26. NO REKENING PASIEN.									
27. MENERIMA TUGAS? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK										28. JUMLAH BIAYA \$									
29. JUMLAH YANG DIBAYARKAN \$										30. SALDO PIUTANG \$									
31. TANDA TANGAN DOKTER ATAU PEMASOK TERMASUK GELAR ATAU KREDENSIAL (Saya menyatakan bahwa pernyataan sebaliknya berlaku untuk RUU ini dan merupakan bagian darinya.)										32. INFORMASI LOKASI FASILITAS PELAYANAN									
33. INFORMASI PENYEDIA BILLING & PH# ( )										A. NPI B. NPI									

**KARENA FORMULIR INI DIGUNAKAN OLEH BERBAGAI PROGRAM KESEHATAN PEMERINTAH DAN SWASTA, LIHAT PETUNJUK TERPISAH YANG DITERBITKAN OLEH PROGRAM YANG BERLAKU.**

**PEMBERITAHUAN:** Siapa pun yang dengan sengaja mengajukan pernyataan tuntutan yang berisi pernyataan keliru atau informasi palsu, tidak lengkap atau menyesatkan, dapat dianggap bersalah melakukan tindak pidana yang dapat dihukum berdasarkan undang-undang dan dapat dikenakan hukuman perdata.

**HANYA MERUJUK PROGRAM PEMERINTAH**

PEMBAYARAN MEDICARE DAN CHAMPUS: Tanda tangan pasien meminta agar pembayaran dilakukan dan mengizinkan pelepasan informasi apa pun yang diperlukan untuk memproses klaim dan menyatakan bahwa informasi yang diberikan di Blok 1 hingga 12 adalah benar, akurat, dan lengkap. Dalam kasus klaim Medicare, tanda tangan pasien memberikan wewenang kepada entitas mana pun untuk memberikan informasi medis dan nonmedis kepada Medicare, termasuk status pekerjaan, dan apakah orang tersebut mempunyai asuransi kesehatan kelompok pemberi kerja, tanggung jawab, tidak ada kesalahan, kompensasi pekerja atau asuransi lain yang bertanggung jawab untuk membayar layanan yang menjadi dasar klaim Medicare. Lihat 42 CFR 411.24(a). Jika butir 9 sudah dilengkapi, tanda tangan pasien mengizinkan pelepasan informasi ke rencana kesehatan atau lembaga yang ditunjukkan. Dalam kasus penugasan Medicare atau partisipasi CHAMPUS, dokter setuju untuk menerima penentuan biaya dari operator Medicare atau perantara fiskal CHAMPUS sebagai biaya penuh, dan pasien hanya bertanggung jawab atas layanan yang dapat dikurangkan, jaminan koin, dan layanan yang tidak ditanggung. Coinsurance dan pengurangan didasarkan pada penentuan biaya dari operator Medicare atau perantara fiskal CHAMPUS jika biayanya kurang dari biaya yang diajukan. CHAMPUS bukanlah program asuransi kesehatan tetapi melakukan pembayaran atas manfaat kesehatan yang diberikan melalui afiliasi tertentu dengan Layanan Berseragam. Informasi mengenai sponsor pasien harus diberikan pada item yang diberi judul "Tertanggung"; yakni butir 1a, 4, 6, 7, 9, dan 11. Coinsurance dan pengurangan didasarkan pada penentuan biaya dari operator Medicare atau perantara fiskal CHAMPUS jika biayanya kurang dari biaya yang diajukan. CHAMPUS bukanlah program asuransi kesehatan tetapi melakukan pembayaran atas manfaat kesehatan yang diberikan melalui afiliasi tertentu dengan Layanan Berseragam. Informasi mengenai sponsor pasien harus diberikan pada item yang diberi judul "Tertanggung"; yakni butir 1a, 4, 6, 7, 9, dan 11.

**KLAIM PARU HITAM DAN FECA**

Penyedia setuju untuk menerima jumlah yang dibayarkan oleh Pemerintah sebagai pembayaran penuh. Lihat instruksi Paru-Paru Hitam dan FECA mengenai prosedur yang diperlukan dan sistem pengkodean diagnosis.

**TANDA TANGAN DOKTER ATAU PEMASOK (MEDICARE, CHAMPUS, FECA DAN BLACK LUNG)**

Saya menyatakan bahwa layanan yang tercantum dalam formulir ini diindikasikan secara medis dan diperlukan untuk kesehatan pasien dan diberikan secara pribadi oleh saya atau diberikan secara tidak sengaja untuk layanan profesional saya oleh karyawan saya di bawah pengawasan langsung saya, kecuali jika diizinkan secara tegas oleh Medicare atau Peraturan CHAMPUS.

Agar pelayanan dapat dianggap sebagai "insiden" dalam pelayanan profesional seorang dokter, 1) pelayanan tersebut harus diberikan di bawah pengawasan langsung dokter oleh karyawannya, 2) pelayanan tersebut harus merupakan bagian integral, meskipun merupakan bagian insidental dari pelayanan dokter yang ditanggung, 3) pelayanan tersebut harus merupakan jenis yang biasa disediakan di ruang praktek dokter, dan 4) pelayanan non-dokter harus dimasukkan dalam tagihan dokter.

Untuk klaim CHAMPUS, saya selanjutnya menyatakan bahwa saya (atau karyawan mana pun) yang memberikan layanan bukanlah anggota aktif dari Layanan Berseragam atau pegawai sipil Pemerintah Amerika Serikat atau pegawai kontrak Pemerintah Amerika Serikat, baik sipil atau militer (lihat 5 USC 5536). Untuk klaim Paru-Paru Hitam, saya selanjutnya menyatakan bahwa layanan yang diberikan adalah untuk kelainan yang berhubungan dengan Paru-Paru Hitam.

Manfaat Medicare Bagian B tidak boleh dibayarkan kecuali formulir ini diterima sebagaimana diwajibkan oleh undang-undang dan peraturan yang ada (42 CFR 424.32).

PEMBERITAHUAN: Siapa pun yang salah menyajikan atau memalsukan informasi penting untuk menerima pembayaran dari dana Federal yang diminta melalui formulir ini, setelah dinyatakan bersalah, dapat dikenakan denda dan penjara berdasarkan undang-undang Federal yang berlaku.

**PEMBERITAHUAN KEPADA PASIEN TENTANG PENGUMPULAN DAN PENGGUNAAN INFORMASI MEDICARE, CHAMPUS, FECA, DAN BLACK LUNG (PERNYATAAN TINDAKAN PRIVASI)**

Kami diberi wewenang oleh CMS, CHAMPUS, dan OWCP untuk menanyakan informasi yang Anda perlukan dalam penyelenggaraan program Medicare, CHAMPUS, FECA, dan Black Lung. Kewenangan untuk mengumpulkan informasi ada dalam pasal 205(a), 1862, 1872 dan 1874 Undang-Undang Jaminan Sosial sebagaimana telah diubah, 42 CFR 411.24(a) dan 424.5(a) (6), dan 44 USC 3101;41 CFR 101 et seq dan 10 USC 1079 dan 1086; 5 USC 8101 dan seterusnya; dan 30 USC 901 dkk; 38 USC 613; EO 9397.

Informasi yang kami peroleh untuk menyelesaikan klaim berdasarkan program ini digunakan untuk mengidentifikasi Anda dan menentukan kelayakan Anda. Hal ini juga digunakan untuk memutuskan apakah layanan dan perlengkapan yang Anda terima tercakup dalam program ini dan untuk memastikan bahwa pembayaran yang tepat telah dilakukan.

Informasi tersebut juga dapat diberikan kepada penyedia layanan lain, operator, perantara, dewan peninjau medis, rencana kesehatan, dan organisasi atau lembaga Federal lainnya, untuk administrasi yang efektif dari ketentuan Federal yang mengharuskan pembayar pihak ketiga lainnya untuk membayar biaya utama program Federal, dan jika diperlukan untuk mengelola program-program ini. Misalnya, mungkin perlu untuk mengungkapkan informasi tentang manfaat yang telah Anda gunakan kepada rumah sakit atau dokter. Pengungkapan tambahan dilakukan melalui penggunaan rutin informasi yang terdapat dalam sistem pencatatan.

**UNTUK KLAIM MEDICARE:**Lihat sistem modifikasi pemberitahuan No. 09-70-0501, berjudul, 'Catatan Klaim Medicare Pembawa,' yang diterbitkan dalam Federal Register Vol. 55 No. 177, halaman 37549, Rabu, 12 September 1990, atau sebagaimana diperbarui dan diterbitkan ulang.

**UNTUK KLAIM OWCP:**Departemen Tenaga Kerja, Undang-Undang Privasi tahun 1974, "Republikasi Pemberitahuan Sistem Catatan," Federal Register Vol. 55 No. 40, Rabu 28 Februari 1990, Lihat ESA-5, ESA-6, ESA-12, ESA-13, ESA-30, atau sebagaimana diperbarui dan diterbitkan ulang.

**UNTUK KLAIM CHAMPUS:**TUJUAN **PRINSIP: Untuk mengevaluasi** kelayakan atas perawatan medis yang disediakan oleh sumber-sumber sipil dan untuk mengeluarkan pembayaran setelah penetapan kelayakan dan penentuan bahwa layanan/perbekalan yang diterima diizinkan oleh hukum.

**PENGGUNAAN RUTIN:** Informasi dari klaim dan dokumen terkait dapat diberikan kepada Departemen Urusan Veteran, Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan dan/atau Departemen Perhubungan sesuai dengan tanggung jawab administratif menurut undang-undang mereka di bawah CHAMPUS/CHAMPVA; kepada Departemen Kehakiman untuk mewakili Menteri Pertahanan dalam gugatan perdata; kepada Internal Revenue Service, agen penagihan swasta, dan agen pelaporan konsumen sehubungan dengan klaim pengembalian; dan ke Kantor Kongres sebagai tanggapan atas pertanyaan yang diajukan atas permintaan orang yang memiliki catatan tersebut. Pengungkapan yang sesuai dapat dilakukan kepada lembaga pemerintah federal, negara bagian, lokal, asing, badan usaha swasta, dan penyedia layanan individu lainnya, mengenai hal-hal yang berkaitan dengan hak, penanganan klaim, penipuan, penyalahgunaan program,

**PENGUNGKAPAN:** Sukarela; namun, kegagalan memberikan informasi akan mengakibatkan keterlambatan pembayaran atau dapat mengakibatkan penolakan klaim. Dengan satu pengecualian yang dibahas di bawah ini, tidak ada sanksi dalam program ini jika menolak memberikan informasi. Namun, kegagalan untuk memberikan informasi mengenai layanan medis yang diberikan atau jumlah yang dikenakan akan menghalangi pembayaran klaim dalam program ini. Kegagalan memberikan informasi lain, seperti nama atau nomor klaim, akan menunda pembayaran klaim. Kegagalan untuk memberikan informasi medis berdasarkan FECA dapat dianggap sebagai hambatan.

Anda wajib memberi tahu kami jika Anda mengetahui bahwa pihak lain bertanggung jawab untuk membayar pengobatan Anda. Pasal 1128B Undang-Undang Jaminan Sosial dan 31 USC 3801-3812 memberikan hukuman jika menyembunyikan informasi ini.

Anda harus menyadari bahwa PL 100-503, "Undang-undang Pencocokan Komputer dan Perlindungan Privasi tahun 1988", mengizinkan pemerintah untuk memverifikasi informasi melalui pencocokan komputer.

**PEMBAYARAN MEDICAID (SERTIFIKASI PENYEDIA)**

Saya dengan ini setuju untuk menyimpan catatan-catatan yang diperlukan untuk mengungkapkan sepenuhnya sejauh mana layanan yang diberikan kepada individu berdasarkan rencana Judul XIX Negara dan untuk memberikan informasi mengenai pembayaran apa pun yang diklaim untuk menyediakan layanan tersebut seperti Badan Negara atau Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan. mungkin meminta.

Saya selanjutnya setuju untuk menerima, sebagai pembayaran penuh, jumlah yang dibayarkan oleh program Medicaid untuk klaim yang diajukan untuk pembayaran berdasarkan program tersebut, dengan pengecualian pengurangan resmi, jaminan koin, pembayaran bersama, atau biaya pembagian biaya serupa.

**TANDA TANGAN DOKTER (ATAU PEMASOK):**Saya menyatakan bahwa layanan yang tercantum di atas diindikasikan secara medis dan diperlukan untuk kesehatan pasien ini dan disediakan secara pribadi oleh saya atau karyawan saya di bawah arahan pribadi saya.

PEMBERITAHUAN: Ini untuk menyatakan bahwa informasi di atas adalah benar, akurat dan lengkap. Saya memahami bahwa pembayaran dan pemenuhan klaim ini akan dilakukan oleh Federal dan Negara Bagian dana, dan bahwa klaim, pernyataan, atau dokumen palsu apa pun, atau penyembunyian fakta material, dapat dituntut berdasarkan undang-undang Federal atau Negara Bagian yang berlaku.

Menurut Undang-Undang Pengurangan Dokumen tahun 1995, tidak ada orang yang diwajibkan untuk menanggapi kumpulan informasi kecuali jika informasi tersebut menampilkan nomor kontrol OMB yang valid. Nomor kontrol OMB yang valid untuk pengumpulan informasi ini adalah 0938-0999. Waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan pengumpulan informasi ini diperkirakan rata-rata 10 menit per respons, termasuk waktu untuk meninjau instruksi, mencari sumber data yang ada, mengumpulkan data yang diperlukan, serta menyelesaikan dan meninjau pengumpulan informasi. Jika Anda mempunyai komentar mengenai keakuratan perkiraan waktu atau saran untuk memperbaiki formulir ini, silakan menulis ke: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850. Alamat ini hanya untuk komentar dan/atau saran. JANGAN KIRIM FORMULIR KLAIM YANG DIISI KE ALAMAT INI.

UB-04 CMS-1450      DISETUJUI OMB NO. 0938-0997       **NUBC** Seragam Nasional Komite Penagihan      SERTIFIKASI TERBALIKNYA BERLAKU PADA TAGIHAN INI DAN MENJADI BAGIAN DARI INI.

**PENGIRIM FORMULIR INI MEMAHAMI BAHWA KESESUAIAN ATAU PALSUFIKASI INFORMASI PENTING SEPerti YANG DIMINTA DALAM FORMULIR INI, DAPAT MENJADI DASAR UNTUK HUKUMAN DAN PENILAIAN MONETARTI SIPIL DAN DAPAT DITERIMA DENGAN DENDA DAN/ ATAU PENJARA BERDASARKAN HUKUM FEDERAL DAN/ATAU NEGARA. .**

Pengajuan klaim ini merupakan sertifikasi bahwa informasi penagihan seperti yang tertera pada halaman ini adalah benar, akurat dan lengkap. Bahwa pihak yang menyampaikan tidak secara sadar atau ceroboh mengabaikan atau salah menyajikan atau menyembunyikan fakta material. Sertifikasi atau verifikasi berikut berlaku jika berkaitan dengan RUU ini:

1. Jika manfaat pihak ketiga diindikasikan, penugasan yang sesuai oleh tertanggung/penerima manfaat dan tanda tangan pasien atau orang tua atau wali sah yang mencakup otorisasi untuk mengeluarkan informasi ada dalam arsip. Penentuan mengenai pengungkapan informasi medis dan keuangan harus dipandu oleh pasien atau perwakilan hukum pasien.
2. Jika pasien menempati kamar pribadi atau memerlukan perawatan pribadi untuk keperluan medis, semua sertifikasi yang diperlukan harus disimpan.
3. Sertifikasi dan sertifikasi ulang dokter, jika diwajibkan oleh kontrak atau peraturan Federal, ada dalam arsip.
4. Untuk fasilitas Keagamaan Non Medis, telah dilakukan verifikasi dan jika diperlukan sertifikasi ulang mengenai kebutuhan layanan pasien.
5. Tanda tangan pasien atau perwakilannya pada sertifikasi, wewenang untuk mengeluarkan informasi, dan permintaan pembayaran, sebagaimana diwajibkan oleh Hukum dan Peraturan Federal (42 USC 1935f, 42 CFR 424.36, 10 USC 1071 hingga 1086, 32 CFR 199) dan lainnya yang berlaku peraturan kontrak, ada dalam arsip.
6. Pemberi perawatan mengakui bahwa tagihan tersebut sesuai dengan Undang-Undang Hak Sipil tahun 1964 sebagaimana telah diubah. Catatan yang cukup menggambarkan layanan akan dipelihara dan informasi yang diperlukan akan diberikan kepada lembaga pemerintah sebagaimana diwajibkan oleh hukum yang berlaku.
7. Untuk Tujuan Medicare: Jika pasien telah mengindikasikan bahwa asuransi kesehatan lain atau lembaga bantuan medis negara akan membayar sebagian biaya pengobatannya dan dia ingin informasi tentang klaimnya diberikan kepada mereka berdasarkan permintaan, maka diperlukan otorisasi yang diperlukan. dalam file. Tanda tangan pasien atas permintaan penyedia layanan untuk menagih informasi medis dan non-medis Medicare, termasuk status pekerjaan, dan apakah orang tersebut mempunyai asuransi kesehatan kelompok pemberi kerja yang bertanggung jawab untuk membayar layanan yang menjadi dasar klaim Medicare ini.
8. Untuk tujuan Medicaid: Pengirim memahami bahwa karena pembayaran dan kepuasan klaim ini akan berasal dari dana Federal dan Negara Bagian, maka pernyataan, dokumen, atau penyembunyian fakta material yang salah akan dikenakan tuntutan berdasarkan Undang-Undang Federal atau Negara Bagian yang berlaku.
9. Untuk Tujuan TRICARE:
  - (a) Informasi pada bagian depan klaim ini adalah benar, akurat dan lengkap sepanjang pengetahuan dan keyakinan pengirim, dan layanan secara medis diperlukan dan sesuai untuk kesehatan pasien;

- (b) Pasien telah menyatakan bahwa melalui alamat tempat tinggal yang dilaporkan di luar wilayah jangkauan fasilitas perawatan medis militer, ia tidak tinggal di dalam wilayah jangkauan fasilitas perawatan medis militer AS, atau jika pasien tinggal di dalam wilayah jangkauan fasilitas perawatan medis militer AS, atau jika pasien tinggal di dalam wilayah jangkauan fasilitas perawatan medis militer AS, atau jika pasien tinggal di dalam wilayah jangkauan fasilitas perawatan medis militer AS, fasilitas, salinan Pernyataan Ketidakterediaan (Formulir DD 1251) disimpan, atau dokter telah menyatakan keadaan darurat medis jika salinan Pernyataan Ketidakterediaan tidak disimpan;
- (c) Pasien atau orang tua atau wali pasien telah menanggapi secara langsung permintaan penyedia layanan untuk mengidentifikasi seluruh pertanggungan asuransi kesehatan, dan bahwa semua pertanggungan tersebut diidentifikasi pada bagian depan klaim kecuali pertanggungan yang secara eksklusif merupakan pembayaran tambahan untuk yang ditentukan TRICARE manfaat;
- (d) Jumlah yang ditagihkan ke TRICARE telah ditagihkan setelah seluruh pertanggungan tersebut ditagih dan dibayar kecuali Medicaid, dan jumlah yang ditagihkan ke TRICARE adalah sisa yang diklaim terhadap manfaat TRICARE;
- (e) Pembagian biaya penerima manfaat tidak dikesampingkan karena adanya persetujuan atau kegagalan dalam melaksanakan upaya penagihan dan penagihan yang diterima secara umum; Dan,
- (f) Setiap dokter rumah sakit berdasarkan kontrak, yang biaya layanannya dialokasikan dalam biaya yang termasuk dalam tagihan ini, bukan merupakan karyawan atau anggota Layanan Berseragam. Untuk tujuan sertifikasi ini, karyawan Layanan Berseragam adalah karyawan yang diangkat menjadi pegawai negeri (lihat 5 USC 2105), termasuk karyawan paruh waktu atau intermiten, namun tidak termasuk ahli bedah kontrak atau kontrak layanan pribadi lainnya. Demikian pula, anggota Layanan Berseragam tidak berlaku untuk anggota cadangan Layanan Berseragam yang tidak bertugas aktif.
- (g) Berdasarkan 42 Kode Amerika Serikat 1395cc(a)(1)(j) semua penyedia layanan yang berpartisipasi dalam Medicare juga harus berpartisipasi dalam TRICARE untuk layanan rawat inap di rumah sakit yang diberikan sesuai dengan penerimaan ke rumah sakit yang terjadi pada atau setelah tanggal 1 Januari 1987; Dan
- (h) Jika manfaat TRICARE dibayarkan dalam status berpartisipasi, pihak yang mengajukan klaim setuju untuk menyerahkan klaim ini kepada pemroses klaim TRICARE yang sesuai. Penyedia layanan yang memberikan layanan juga setuju untuk menerima biaya wajar yang ditentukan TRICARE sebagai total biaya untuk layanan atau perlengkapan medis yang tercantum pada formulir klaim. Penyedia perawatan akan menerima biaya wajar yang ditentukan TRICARE meskipun biayanya kurang dari jumlah yang ditagih, dan juga setuju untuk menerima jumlah yang dibayarkan oleh TRICARE dikombinasikan dengan jumlah bagi hasil dan jumlah yang dapat dikurangkan, jika ada, dibayar oleh atau pada atas nama pasien sebagai pembayaran penuh untuk layanan atau perlengkapan medis yang terdaftar. Penyedia layanan yang menyerahkan tidak akan mencoba menagih dari pasien (atau orang tua atau walinya) jumlah melebihi biaya wajar yang ditentukan TRICARE.