

ALSJEBLIEFT
NIET DOEN
NIETJE
IN DEZE
GEBIED

DRAGER

PICA

CLAIMFORMULIER VOOR ZORGVERZEKERING

PICA

1. MEDICARE <input type="checkbox"/> (Medicare #)		MEDICAID <input type="checkbox"/> (Medicaid #)		CHAMPUS <input type="checkbox"/> (BSN van sponsor)		CHAMPVA <input type="checkbox"/> (VA bestandsnummer)		GROEP GEZONDHEIDSPLAN (SSN of ID) <input type="checkbox"/>		FECA BLK LUNG (SSN) <input type="checkbox"/>		ANDER <input type="checkbox"/> (ID KAART)		1a. ID-NUMMER VAN DE VERZEKERDE (VOOR PROGRAMMA IN ITEM 1)																																	
2. NAAM VAN DE PATIËNT (achternaam, voornaam, middelste initiaal)								3. GEBORTE DATUM VAN DE PATIËNT MM DD JJ M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				4. NAAM VAN DE VERZEKERDE (achternaam, voornaam, middelste initiaal)																																			
5. ADRES VAN DE PATIËNT (nr., straat)								6. PATIËNTRELATIE MET VERZEKERDE Zelf <input type="checkbox"/> Echtgenoot <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Ander <input type="checkbox"/>				7. ADRES VAN DE VERZEKERDE (nr., straat)																																			
STAD				STAAT				8. PATIËNTENSTATUS Enkel <input type="checkbox"/> Getrouwd <input type="checkbox"/> Ander <input type="checkbox"/> In dienst <input type="checkbox"/> Full time Student <input type="checkbox"/> Deeltijd Student <input type="checkbox"/>				STAD				STAAT																															
POSTCODE				TELEFOON (inclusief netnummer) ()				9. NAAM VAN ANDERE VERZEKERDE (achternaam, voornaam, middelste initiaal)				10. HEEFT DE TOESTAND VAN DE PATIËNT VERBAND MET: A. WERKGELEGENHEID? (HUIDIGE OF VORIGE) <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE B. AUTO-ONGEVAL? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE C. ANDER ONGEVAL? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE				11. POLISGROEP OF FECA-NUMMER VAN DE VERZEKERDE A. GEBORTE DATUM VAN DE VERZEKERDE MM DD JJ M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> B. NAAM VAN DE WERKGEVERS OF SCHOOLNAAM C. NAAM VAN VERZEKERINGSPLAN OF PROGRAMMANAAM																															
A. POLIS- OF GROEPSNUMMER VAN ANDERE VERZEKERDE								10d. GERESERVEERD VOOR LOKAAL GEBRUIK								D. IS ER NOG EEN ZORGVERGOEDINGSPLAN? JA NEE <i>zo ja, ga terug naar item 9 advertentie en voltooi het.</i>																															
B. GEBORTE DATUM ANDERE VERZEKERDE MM DD JJ M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>								12. HANDTEKENING VAN DE PATIËNT OF BEVOEGDE PERSOON Ik geef toestemming voor het vrijgeven van alle medische of andere informatie die nodig is om deze claim te verwerken. Ook verzoek ik uitbetaling van overheidsuitkeringen aan mijzelf of aan de partij die onderstaande opdracht aanvaardt. ONDERTEKEND _____ DATUM _____								13. HANDTEKENING VAN DE VERZEKERDE OF BEVOEGDE PERSOON Ik geef toestemming voor de betaling van medische vergoedingen aan de ondergetekende arts of leverancier voor de hieronder beschreven diensten. ONDERTEKEND _____																															
C. NAAM VAN DE WERKGEVERS OF SCHOOLNAAM								14. HUIDIGE DATUM: MM DD JJ ZIEKTE (eerste symptoom) OF LETSEL (ongeval) OF ZWANGERSCHAP(LMP)								15. ALS DE PATIËNT DEZELFDE OF SOORTGELIJKE ZIEKTE HEEFT GEHAD, GEEF EERSTE DATUM MM DD JJ																															
D. NAAM VAN VERZEKERINGSPLAN OF PROGRAMMANAAM								17. NAAM VAN DE VERWIJZENDE ARTS OF ANDERE BRON								17a. ID-NUMMER VAN DE VERWIJZENDE ARTS																															
19. GERESERVEERD VOOR LOKAAL GEBRUIK								21. DIAGNOSE OF AARD VAN ZIEKTE OF LETSEL. (RELATE ITEMS 1,2,3 OF 4 AAN ITEM 24E PER REGEL) 1. _____ 3. _____ 2. _____ 4. _____								22. CODE VOOR HERZIENING VAN MEDICAID ORIGINEEL REF. NEE.																															
25. FEDERALE BELASTING-ID-NUMMER								26. PATIËNTACCOUNTNR.								27. OPDRACHT ACCEPTEREN? (Voor overheid clai ms, zie achterkant) JA NEE								28. TOTALE KOSTEN \$								29. BETAALD BEDRAG \$								30. VERSCHULDIGD SALDO \$							
31. HANDTEKENING VAN ARTS OF LEVERANCIER INCLUSIEF GRADEN OF INFORMATIE (Ik verklaar dat de verklaringen op de achterzijde van toepassing zijn op dit wetsvoorstel en er deel van uitmaken.) ONDERTEKEND _____ DATUM _____								32. NAAM EN ADRES VAN DE FACILITEIT WAAR DIENSTEN WORDEN VERLEEND (indien anders dan thuis of op kantoor)								33. ARTS, FACTUURNAAM, ADRES, POSTCODE EN TELEFOONNUMMER VAN DE LEVERANCIER PIN# _____ GRP# _____																															

PATIËNTEN- EN VERZEKERDE INFORMATIE

INFORMATIE VOOR ARTS OF LEVERANCIER

OMDAT DIT FORMULIER DOOR VERSCHILLENDE OVERHEIDS- EN PARTICULIERE GEZONDHEIDSPROGRAMMA'S WORDT GEBRUIKT, ZIE DE AFZONDERLIJKE INSTRUCTIES DIE DOOR DE TOEPASSELIJKE PROGRAMMA'S WORDEN UITGEGEVEN.

KENNISGEVING: Iedereen die willens en wetens een claimverklaring indient die een onjuiste voorstelling van zaken of een valse, onvolledige of misleidende weergave bevat, maakt zich schuldig aan een strafbaar feit dat volgens de wet strafbaar is en kan worden onderworpen aan civielrechtelijke sancties.

ding informatie kan

VERWIJST ALLEEN NAAR OVERHEIDSPROGRAMMA'S

MEDICARE- EN CHAMPUS-BETALINGEN: De handtekening van een patiënt vraagt om betaling en autoriseert de vrijgave van alle informatie die nodig is om de claim te verwerken en bevestigt dat de informatie verstrekt in Blokken 1 tot en met 12 waar, nauwkeurig en volledig is. In het geval van een Medicare-claim machtigt de handtekening van de patiënt elke entiteit om medische en niet-medische informatie aan Medicare vrij te geven, inclusief de arbeidstatus, en of de persoon een collectieve ziektekostenverzekering, aansprakelijkheid, buiten schuld, werknemersvergoeding of een andere verzekering heeft die verantwoordelijk voor het betalen van de diensten waarvoor de Medicare-claim wordt ingediend. Zie 42 CFR 411.24(a). Als item 9 is ingevuld, geeft de handtekening van de patiënt toestemming om de informatie vrij te geven aan het getoonde zorgplan of de getoonde instantie. In aan Medicare toegewezen gevallen of CHAMPUS-deelnamegevallen, de arts stemt ermee in de kostenbepaling van de Medicare-vervoerder of de fiscale tussenpersoon van CHAMPUS te aanvaarden als de volledige kosten, en de patiënt is alleen verantwoordelijk voor het eigen risico, co-assurantie en niet-gedekte diensten. De medeverzekering en het eigen risico zijn gebaseerd op de vaststelling van de kosten door de Medicare-vervoerder of de fiscale tussenpersoon van CHAMPUS als deze lager zijn dan de ingediende kosten. CHAMPUS is geen zorgverzekeringprogramma, maar betaalt gezondheidszorgvoordelen die worden verstrekt via bepaalde banden met de Uniformed Services. Informatie over de sponsor van de patiënt moet worden verstrekt in de items met de titel 'Verzekerd'; dat wil zeggen, items 1a, 4, 6, 7, 9 en 11. De medeverzekering en het eigen risico zijn gebaseerd op de vaststelling van de kosten door de Medicare-vervoerder of de fiscale tussenpersoon van CHAMPUS als deze lager zijn dan de ingediende kosten. CHAMPUS is geen zorgverzekeringprogramma, maar betaalt gezondheidszorgvoordelen die worden verstrekt via bepaalde banden met de Uniformed Services. Informatie over de sponsor van de patiënt moet worden verstrekt in de items met de titel 'Verzekerd'; dat wil zeggen, items 1a, 4, 6, 7, 9 en 11.

ZWARTE LONG- EN FECA-CLAIMS

De aanbieder stemt ermee in het door de overheid betaalde bedrag als volledige betaling te aanvaarden. Zie de Black Lung- en FECA-instructies met betrekking tot de vereiste procedure- en diagnosecoderingssystemen.

HANDTEKENING VAN ARTS OF LEVERANCIER (MEDICARE, CHAMPUS, FECA EN ZWARTE LONG)

Ik verklaar dat de diensten op dit formulier medisch geïndiceerd en noodzakelijk zijn voor de gezondheid van de patiënt en persoonlijk door mij zijn geleverd of in verband met mijn professionele dienstverlening zijn geleverd door mijn werknemer onder mijn directe persoonlijke supervisie, tenzij anderszins uitdrukkelijk toegestaan door Medicare of CHAMPUS-reglement.

Om diensten te kunnen beschouwen als "incident" voor de professionele dienstverlening van een arts, 1) moeten deze worden verleend onder het onmiddellijke persoonlijke toezicht van de arts door zijn/haar werknemer, 2) moeten ze een integraal, hoewel incidenteel onderdeel zijn van de gedekte medische dienstverlening, 3) ze moeten van het soort zijn dat gewoonlijk in artsenpraktijken wordt aangeboden, en 4) de diensten van niet-artsen moeten op de doktersrekeningen worden vermeld.

Voor CHAMPUS-claims verklaar ik verder dat ik (of een werknemer) die diensten heeft verleend, geen lid in actieve dienst ben van de Uniformed Services of een civiele werknemer van de Amerikaanse regering of een contractuele werknemer van de Amerikaanse regering, noch civiel noch militair (zie 5 USC 5536). Voor Black-Lung-claims verklaar ik verder dat de uitgevoerde diensten betrekking hadden op een Black-Lung-gerelateerde aandoening.

Er mogen geen Deel B Medicare-uitkeringen worden betaald, tenzij dit formulier wordt ontvangen zoals vereist door de bestaande wet- en regelgeving (42 CFR 424.32).

KENNISGEVING: Iedereen die essentiële informatie verkeerd voorstelt of vervalst om betaling te ontvangen uit federale fondsen die op dit formulier worden aangevraagd, kan bij veroordeling worden onderworpen aan een boete en gevangenisstraf onder de toepasselijke federale wetgeving.

MEDEDELING AAN DE PATIËNT OVER HET VERZAMELEN EN GEBRUIKEN VAN MEDICARE-, CHAMPUS-, FECA- EN ZWARTE LONG-INFORMATIE (PRIVACYACT VERKLARING)

Wij zijn door HCFA, CHAMPUS en OWCP geautoriseerd om u om informatie te vragen die nodig is voor de administratie van de Medicare-, CHAMPUS-, FECA- en Black Lung-programma's. De bevoegdheid om informatie te verzamelen is vastgelegd in sectie 205(a), 1862, 1872 en 1874 van de Social Security Act zoals gewijzigd, 42 CFR 411.24(a) en 424.5(a) (6), en 44 USC 3101; 41 CFR 101 e.v. en 10 USC 1079 en 1086; 5 USC 8101 en volgende; en 30 USC 901 e.v.; 38 USC 613; EO 9397.

De informatie die we verkrijgen om claims in het kader van deze programma's in te dienen, wordt gebruikt om u te identificeren en om te bepalen of u in aanmerking komt. Het wordt ook gebruikt om te beslissen of de diensten en leveringen die u heeft ontvangen onder deze programma's vallen en om te verzekeren dat de juiste betaling wordt gedaan.

De informatie kan ook worden verstrekt aan andere dienstverleners, vervoerders, tussenpersonen, medische beoordelingsraden, gezondheidsplannen en andere organisaties of federale instanties, voor het effectieve beheer van federale voorzieningen die vereisen dat andere derde betalaters primair betalen aan het federale programma. en zoals anderszins nodig is om deze programma's te beheren. Het kan bijvoorbeeld nodig zijn om informatie over de voordelen die u hebt gebruikt, aan een ziekenhuis of arts bekend te maken. Aanvullende openbaarmakingen worden gedaan door routinematig gebruik van informatie in archiefsystemen.

VOOR MEDICARECLAIMS:Zie het kennisgevingswijzigingssysteem nr. 09-70-0501, getiteld 'Carrier Medicare Claims Record', gepubliceerd in defederaal register , vol. 55 nr. 177, pagina 37549, wo. 12 september 1990, of zoals bijgewerkt en opnieuw gepubliceerd.

VOOR OWCP-CLAIMS:Ministerie van Arbeid, Privacy Act van 1974, "Herpublicatie van kennisgeving van systemen van records,"federaal register Vol. 55 nr. 40, woensdag 28 februari 1990, zie ESA-5, ESA-6, ESA-12, ESA-13, ESA-30, of zoals bijgewerkt en opnieuw gepubliceerd.

VOOR CHAMPUS-CLAIMS:PRINCIPE DOEL(EN): Om te beoordelen of u in aanmerking komt voor medische zorg verleend door civiele bronnen en om betaling uit te voeren na vaststelling van de geschiktheid en vaststelling dat de ontvangen diensten/leveringen wettelijk zijn toegestaan.

ROUTINEGEBRUIK(EN): Informatie uit claims en gerelateerde documenten kan worden verstrekt aan het Dept. of Veterans Affairs, het Dept. of Health and Human Services en/of het Dept. of Transportation, in overeenstemming met hun wettelijke administratieve verantwoordelijkheden onder CHAMPUS/CHAMPVA; aan het ministerie van Justitie voor vertegenwoordiging van de minister van Defensie in civiele rechtszaken; aan de Internal Revenue Service, particuliere incassobureaus en consumenteninformatiebureaus in verband met terugvorderingsclaims; en aan congresbureaus in reactie op vragen die zijn gesteld op verzoek van de persoon op wie een document betrekking heeft. Er kunnen passende bekendmakingen worden gedaan aan andere federale, staats-, lokale en buitenlandse overheidsinstanties, particuliere zakelijke entiteiten en individuele zorgaanbieders, over zaken die verband houden met het recht op rechten, de beoordeling van claims, fraude, programmamisbruik, beoordeling van het gebruik,

BEKENDMAKING: Vrijwillig; het niet verstrekken van informatie zal echter resulteren in vertraging in de betaling of kan resulteren in de weigering van de claim. Met uitzondering van de enige uitzondering die hieronder wordt besproken, staan er in deze programma's geen sancties op het weigeren van het verstrekken van informatie. Als er echter geen informatie wordt verstrekt over de verleende medische diensten of het in rekening gebrachte bedrag, zou dit de betaling van claims uit hoofde van deze programma's onmogelijk maken. Het niet verstrekken van andere informatie, zoals naam of claimnummer, zou de betaling van de claim vertragen. Het niet verstrekken van medische informatie onder FECA kan als een belemmering worden beschouwd.

Het is verplicht dat u het ons vertelt als u weet dat een andere partij verantwoordelijk is voor de betaling van uw behandeling. Sectie 1128B van de Social Security Act en 31 USC 3801-3812 voorzien in sancties voor het achterhouden van deze informatie.

U dient zich ervan bewust te zijn dat PL 100-503, de "Computer Matching and Privacy Protection Act van 1988", de overheid toestaat informatie te verifiëren door middel van computermatches.

MEDICAIDBETALINGEN (CERTIFICERING VAN LEVERANCIER)

Ik ga er hierbij mee akkoord om de gegevens bij te houden die nodig zijn om de omvang van de diensten die aan personen worden verleend in het kader van het Titel XIX-plan van de staat volledig bekend te maken en om informatie te verstrekken over eventuele betalingen die worden geclaimd voor het verlenen van dergelijke diensten, zoals die van het Staatsagentschap of het Dept. of Health and Humans Services. mag verzoeken.

Ik ga er verder mee akkoord om als volledige betaling het door het Medicaid-programma betaalde bedrag te aanvaarden voor de claims die krachtens dat programma voor betaling zijn ingediend, met uitzondering van het toegestane eigen risico, co-assurantie, eigen bijdrage of soortgelijke kostendelingslasten.

HANDTEKENING VAN ARTS (OF LEVERANCIER):Ik verklaar dat de hierboven genoemde diensten medisch geïndiceerd en noodzakelijk waren voor de gezondheid van deze patiënt en persoonlijk door mij of mijn werknemer onder mijn persoonlijke leiding werden geleverd.

KENNISGEVING: Hiermee wordt bevestigd dat de voorgaande informatie waar, nauwkeurig en volledig is. Ik begrijp dat de betaling en voldoening van deze claim door de federale overheid en de staat zal plaatsvinden fondsen, en dat valse claims, verklaringen of documenten, of het verbergen van een materieel feit, vervolgd kunnen worden onder de toepasselijke federale of staatswetten.

De openbare rapportagelast voor deze verzameling van informatie wordt geschat op gemiddeld 15 minuten per reactie, inclusief de tijd voor het doornemen van instructies, het doorzoeken van bestaande databronnen, het verzamelen en onderhouden van de benodigde gegevens, en het voltooien en beoordelen van de verzameling van informatie. Stuur opmerkingen over deze lastenschatting of enig ander aspect van deze verzameling informatie, inclusief suggesties om de lasten te verminderen, naar HCFA, Office of Financial Management, PO Box 26684, Baltimore, MD 21207; en aan het Office of Management and Budget, Paperwork Reduction Project (OMB-0938-0008), Washington, DC 20503.