

1500

CLAIMFORMULIER VOOR ZORGVERZEKERING

GOEDGEKEURD DOOR NATIONALE UNIFORM CLAIM COMITÉ 08/05

PICA		PICA	
1. MEDICARE <input type="checkbox"/> (Medicare #)		MEDICAID <input type="checkbox"/> (Medicaid #)	
TRICARE CHAMPUS (BSN van sponsor)		CHAMPVA (Gebruikers ID#)	
GROEP GEZONDHEIDSPAN (SSN of ID)		FECA BLK LUNG (SSN)	
ANDER (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 SEKS M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
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)		8. PATIËNTENSTATUS Enkel <input type="checkbox"/> Getrouwd <input type="checkbox"/> Ander <input type="checkbox"/>	
STAD		STAD	
POSTCODE		TELEFOON (inclusief netnummer) ()	
9. NAAM VAN ANDERE VERZEKERDE (achternaam, voornaam, middelste initiaal)		10. HEEFT DE TOESTAND VAN DE PATIËNT VERBAND MET: A. WERKGELEGENHEID? (Huidig of vorig) <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	
A. POLIS- OF GROEPSNUMMER VAN ANDERE VERZEKERDE		A. GEBORTE DATUM VAN DE VERZEKERDE MM DD JJ SEKS M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
B. GEBORTE DATUM ANDERE VERZEKERDE MM DD JJ SEKS M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		B. NAAM VAN DE WERKGEVERS OF SCHOOLNAAM	
C. NAAM VAN DE WERKGEVERS OF SCHOOLNAAM		C. NAAM VAN VERZEKERINGSPLAN OF PROGRAMMANAAM	
D. NAAM VAN VERZEKERINGSPLAN OF PROGRAMMANAAM		10d. GERESERVEERD VOOR LOKAAL GEBRUIK	
12. HANDTEKENING VAN DE PATIËNT OF BEVOEGD PERSOON Ik geef toestemming voor het vrijgeven van alle noodzakelijke medische of andere informatie om deze claim in behandeling te nemen. Ook verzoek ik uitbetaling van overheidsuitkeringen aan mijzelf of aan de partij die onderstaande opdracht aanvaardt.		13. HANDTEKENING VAN VERZEKERDE OF GEVORMDE PERSOON Ik geef toestemming betaling van medische vergoedingen aan ondergetekende arts of leverancier voor hieronder beschreven diensten.	
ONDERTEKENEND		DATUM	
14. HUIDIGE DATUM: MM DD JJ		15. ALS DE PATIËNT DEZELFDE OF SOORTGELIJKE ZIEKTE HEEFT GEHAD. GEEF EERSTE DATUM MM DD JJ	
17. NAAM VAN DE DOORVERWIJZENDE AANBIEDER OF ANDERE BRON		18. DATA VAN ZIEKENHUISDIENSTEN IN VERBAND MET HUIDIGE DIENSTEN MM DD JJ	
19. GERESERVEERD VOOR LOKAAL GEBRUIK		20. BUITEN LABORATORIUM? \$ KOSTEN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	
21. DIAGNOSE OF AARD VAN ZIEKTE OF LETSEL (Relateer item 1, 2, 3 of 4 aan item 24E per regel)		22. CODE VOOR HERZIENING VAN MEDICAID ORIGINEEL REF. NEE.	
1. . 2. . 3. . 4. .		23. VOORAFGAANDE AUTORISATIENUMMER	
24. EEN. DATUM(EN) VAN DIENST Van MM DD JJ Naar MM DD JJ		B. PLAAST VAN DIENST EMG	
CD-PROCEDURES, DIENSTEN OF LEVERINGEN (Verklaar ongebruikelijke omstandigheden) CPT/HCPCS		MODIFIER	
E. DIAGNOSE WIJZER		F. \$ KOSTEN	
G. DAGEN OF EENHEDEN		H. EPSDT Familie Plan	
I. ID KAART KWAL.		J. WEERGEVEN PROVIDER-ID. #	
1		NPI	
2		NPI	
3		NPI	
4		NPI	
5		NPI	
6		NPI	
25. FEDERALE BELASTING-ID-NUMMER		SSN EIN	
26. PATIËNTACCOUNTNR.		27. OPDRACHT ACCEPTEREN? (Voor overheidsclaim, zie achterzijde) <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> 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.)	
32. LOCATIE-INFORMATIE VAN DE SERVICEFACILITEIT A. NPI B.		33. FACTUREERINFORMATIE EN PH-nummer VAN DE PROVIDER A. NPI B.	
ONDERTEKENEND		DATUM	

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 wil lens en wetens een claimverklaring indient die een verkeerde voorstelling van zaken of valse, onvolledige of misleidende informatie bevat, kan zich schuldig maken aan een strafbaar feit dat volgens de wet strafbaar is en kan worden onderworpen aan civielrechtelijke sancties.

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 arbeidsstatus, 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-dekte 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 zorgverzekeringsprogramma, 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 zorgverzekeringsprogramma, 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 artspraktijken 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 CMS, 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 betalers 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 het Federal Register, Vol. 55 nr. 177, pagina 37549, wo. 12 september 1990, of zoals bijgewerkt en opnieuw gepubliceerd.

VOOR OWCP-CLAIMS:Department of Labor, Privacy Act van 1974, "Republication of Notice of Systems of Records", Federal 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 DOELEN: Het beoordelen van de geschiktheid voor medische zorg verleend door civiele bronnen en het uitbetalen van betalingen na het vaststellen van de geschiktheid en het vaststellen dat de ontvangen diensten/leveringen wettelijk zijn toegestaan.

ROUTINEGEBRUIKEN: Informatie uit claims en gerelateerde documenten kan worden gegeven aan het Departement van Veteranenzaken, het Departement van Volksgezondheid en Human Services en/of het Departement van Transport 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, programmamishandeling,

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 lenen van dergelijke diensten aan het Staatsagentschap of het Ministerie van Volksgezondheid en Human 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.

Volgens de Paperwork Reduction Act van 1995 zijn geen personen verplicht te reageren op een verzameling informatie tenzij er een geldig OMB-controlnummer op staat. Het geldige OMB-controlnummer voor deze informatieverzameling is 0938-0999. De tijd die nodig is om deze informatieverzameling te voltooien wordt geschat op gemiddeld 10 minuten per reactie, inclusief de tijd om instructies door te nemen, bestaande gegevensbronnen te doorzoeken, de benodigde gegevens te verzamelen en de informatieverzameling te voltooien en te beoordelen. Als u opmerkingen heeft over de nauwkeurigheid van de tijdschatting(en) of suggesties voor het verbeteren van dit formulier, kunt u schrijven naar: CMS, tav: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850. Dit adres is alleen bedoeld voor opmerkingen en/of suggesties. MAIL GEEN INGEVULDE CLAIMFORMULIER NAAR DIT ADRES.

1										2										3a PAT. CNTL #		4 TYPE VAN BILL																															
																				B. MED. REC. #																																	
																				5 FED. BELASTING NR.					6 VERKLARING DEKT DE PERIODE VANAF					7 DOOR																							
8 NAAM PATIËNT										A		9 PATIËNTADRES										A																															
B																				C		D		e																													
10 VERJAARDAG					11 SEKS		12 DATUM		ERKENNING 13 HR 14 TYPE 15 SRC					16 DHR		17 STAT		18		19		20		21		CONDITIECODES 22 23 24 25 26 27 28					29 ACDT STAAT		30																				
31 VOORKOMEN DATUM					32 VOORKOMEN CODE		33 VOORKOMEN DATUM		34 VOORKOMEN CODE					35 VOORKOMEN DATUM		36 VOORKOMSTOVERBRENGING VAN					DOOR					37 VOORKOMSTOVERBRENGING VAN					DOOR					38																	
A									A																											A																	
B									B																											B																	
38																39 WAARDECODES CODE HOEVEELHEID					40 WAARDECODES CODE HOEVEELHEID					41 WAARDECODES CODE HOEVEELHEID																											
																A																																					
																B																																					
																C																																					
																D																																					
42 HERZ. CD.					43 BESCHRIJVING										44 HCPCS / TARIEF / HIPPCODE										45 SERV. DATUM					46 SERV. EENHEDEN					47 TOTAAL KOSTEN					48 NIET-GEDEKTE KOSTEN					49								
1																																													1								
2																																													2								
3																																													3								
4																																													4								
5																																													5								
6																																													6								
7																																													7								
8																																													8								
9																																													9								
10																																													10								
11																																													11								
12																																													12								
13																																													13								
14																																													14								
15																																													15								
16																																													16								
17																																													17								
18																																													18								
19																																													19								
20																																													20								
21																																													21								
22																																													22								
23					BLADZIJDE VAN										AANMAAKDATUM										TOTALEN																				23								
50 NAAM BETALER										51 ZORGPLAN-ID										52 REL. INFO		53 ASG. BEN.		54 VOORAFGAANDE BETALINGEN										55 Est. VERSCHULD BEDRAG										56 NPI									
A																																												57									
B																																												ANDER									
C																																												PRV-ID									
58 NAAM VAN DE VERZEKERDE										59 P.REL		60 UNIEKE ID VAN DE VERZEKERDE										61 GROEPSNAAM										62 VERZEKERINGSGROEP NR.																					
A																																																					
B																																																					
C																																																					
63 AUTORISATIECODES VOOR BEHANDELING										64 DOCUMENTCONTROOLUMMER										65 NAAM WERKGEVER																																	
A																																																					
B																																																					
C																																																					
66 DX		67		A		B		C		D		E		F		G		H		68																																	
		I		J		K		L		M		N		O		P		Q																																			
69 TOEGEVEN DX		70 PATIENT REDEN DX		A		B		C		71 PPS CODE		72 ECI		A		B		C		73																																	
74 BELANGRIJKSTE PROCEDURE CODE					A. ANDERE PROCEDURE CODE					B. ANDERE PROCEDURE CODE					75					76 AANWEZIG					NPI					KWAL																							
																				LAATST										EERST																							
C. ANDERE PROCEDURE CODE					D. ANDERE PROCEDURE CODE					e. ANDERE PROCEDURE CODE										77 BEDRIJF					NPI					KWAL																							
																				LAATST										EERST																							
80 OPMERKINGEN					81CC A															78 ANDERE					NPI					KWAL																							
					B															LAATST										EERST																							
					C															79 ANDERE					NPI					KWAL																							
					D															LAATST										EERST																							

Het indienen van deze claim vormt een bevestiging dat de factuurgegevens zoals weergegeven op de voorzijde waar, nauwkeurig en volledig zijn. Dat de indiener de materiële feiten niet bewust of roekeloos heeft genegeerd, verkeerd voorgesteld of verborgen heeft gehouden. De volgende certificeringen of verificaties zijn van toepassing indien relevant voor dit wetsvoorstel:

1. Als er sprake is van uitkeringen van derden, zijn de juiste toewijzingen door de verzekerde/begunstigde en de handtekening van de patiënt of ouder of een wettelijke voogd ter dekking van de toestemming om informatie vrij te geven aanwezig. Bepalingen met betrekking tot het vrijgeven van medische en financiële informatie moeten worden geleid door de patiënt of de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt.
2. Als de patiënt een privékamer bezet of privéverpleging nodig heeft vanwege medische noodzaak, zijn alle vereiste certificeringen aanwezig.
3. Artsencertificeringen en hercertificeringen, indien vereist door contract of federale regelgeving, zijn geregistreerd.
4. Voor religieuze, niet-medische instellingen zijn verificaties en indien nodig hercertificeringen van de behoefte van de patiënt aan diensten geregistreerd.
5. Handtekening van de patiënt of zijn vertegenwoordiger op certificeringen, toestemming om informatie vrij te geven en betalingsverzoek, zoals vereist door federale wet- en regelgeving (42 USC 1935f, 42 CFR 424.36, 10 USC 1071 tot en met 1086, 32 CFR 199) en andere toepasselijke contractreglement, is aanwezig.
6. De zorgaanbieder erkent dat het wetsvoorstel in overeenstemming is met de Civil Rights Act van 1964, zoals gewijzigd. Er zullen dossiers worden bijgehouden waarin de diensten adequaat worden beschreven en de noodzakelijke informatie zal worden verstrekt aan dergelijke overheidsinstanties, zoals vereist door de toepasselijke wetgeving.
7. Voor Medicare-doeleinden: Als de patiënt heeft aangegeven dat een andere zorgverzekering of een overheidsinstantie voor medische hulp een deel van zijn/haar medische kosten zal betalen en hij/zij informatie over zijn/haar claim op verzoek aan hen wil vrijgeven, is de noodzakelijke toestemming vereist in bestand. De handtekening van de patiënt op het verzoek van de aanbieder om Medicare medische en niet-medische informatie in rekening te brengen, inclusief de arbeidsstatus, en of de persoon een collectieve ziektekostenverzekering heeft die verantwoordelijk is voor het betalen van de diensten waarvoor deze Medicare-claim wordt ingediend.
8. Voor Medicaid-doeleinden: De indiener begrijpt dat, omdat de betaling en voldoening van deze claim uit federale en staatsfondsen zullen plaatsvinden, alle valse verklaringen, documenten of het verbergen van een materieel feit onderworpen zijn aan vervolging onder de toepasselijke federale of staatswetten.
9. Voor TRICARE-doeleinden:
 - (a) De informatie op het eerste gezicht van deze claim is waar, accuraat en volledig naar beste weten en overtuiging van de indiener, en de diensten waren medisch noodzakelijk en passend voor de gezondheid van de patiënt;

- (b) De patiënt heeft verklaard dat hij of zij door middel van een opgegeven woonadres buiten het verzorgingsgebied van een militaire medische behandelingsfaciliteit niet binnen het verzorgingsgebied van een Amerikaanse militaire medische behandelingsfaciliteit woont, of dat de patiënt binnen een verzorgingsgebied van een dergelijk verzorgingsgebied woont. een instelling, er is een kopie van de niet-beschikbaarheidsverklaring (DD-formulier 1251) aanwezig, of de arts heeft een medisch noodgeval verklaard in elk geval waarin geen kopie van de niet-beschikbaarheidsverklaring aanwezig is;
- (c) De patiënt of de ouder of voogd van de patiënt rechtstreeks heeft gereageerd op het verzoek van de aanbieder om alle ziektekostenverzekeringsdekking te identificeren, en dat al deze dekkingen op de claim worden vermeld, behalve de dekking die uitsluitend bestaat uit aanvullende betalingen aan door TRICARE bepaalde dekkingen. voordelen;
- (d) Het aan TRICARE gefactureerde bedrag is gefactureerd nadat alle dergelijke dekkingen zijn gefactureerd en betaald, met uitzondering van Medicaid, en het aan TRICARE gefactureerde bedrag is het bedrag dat nog wordt geclaimd met betrekking tot TRICARE-uitkeringen;
- (e) er geen afstand is gedaan van het kostenaandeel van de begunstigde door toestemming of door het nalaten om algemeen aanvaarde facturerings- en inningsinspanningen uit te voeren; En,
- (f) Een arts in een ziekenhuis onder contract, waarvan de kosten zijn opgenomen in de kosten die in dit wetsvoorstel zijn opgenomen, is geen werknemer of lid van de Geüniformeerde Diensten. Voor de doeleinden van deze certificering is een werknemer van de Uniformed Services een werknemer die is aangesteld in de overheidsdienst (zie 5 USC 2105), inclusief parttime of tijdelijke werknemers, maar met uitzondering van contractchirurgen of andere persoonlijke servicecontracten. Evenzo is het lid van de Geüniformeerde Diensten niet van toepassing op reserveleden van de Geüniformeerde Diensten die niet in actieve dienst zijn.
- (g) Op basis van 42 United States Code 1395cc(a)(1)(j) moeten alle aanbieders die deelnemen aan Medicare ook deelnemen aan TRICARE voor intramurale ziekenhuisdiensten die worden verleend op grond van opnames in ziekenhuizen die plaatsvinden op of na 1 januari 1987; En
- (h) Als TRICARE-uitkeringen moeten worden betaald in een deelnemende status, gaat de indiener van deze claim ermee akkoord deze claim in te dienen bij de juiste TRICARE-claimverwerker. De zorgverlener die de zorg indient, stemt er ook mee in om de door TRICARE vastgestelde redelijke vergoeding te aanvaarden als de totale vergoeding voor de medische diensten of benodigdheden vermeld op het claimformulier. De zorgaanbieder accepteert de door TRICARE vastgestelde redelijke vergoeding, zelfs als deze lager is dan het gefactureerde bedrag, en stemt er ook mee in om het door TRICARE betaalde bedrag te accepteren, gecombineerd met het eigen bijdragebedrag en het eventuele eigen risico, betaald door of op namens de patiënt als volledige betaling voor de vermelde medische diensten of benodigdheden. De zorgaanbieder zal niet proberen om van de patiënt (of zijn of haar ouder of voogd) bedragen te innen boven de door TRICARE vastgestelde redelijke vergoeding.