

SILAKAN
TIDAK
POKOK
DI DALAM
DAERAH



FORMULIR KLAIM ASURANSI KESEHATAN												
<div> <div> <div>1. PERAWATAN KESEHATAN</div> <div> <div>MEDICAID</div> <div>JUARA</div> <div>CHAMPVA</div> <div>KELOMPOK</div> <div>FECA</div> <div>LAINNYA</div> </div> </div> <div> <div> <div>(Perawatan Medis #)</div> <div>(Bantuan Medis #)</div> <div>(SSN Sponsor)</div> <div>(Berkas VA #)</div> <div>(SSN atau ID)</div> <div>(SSN)</div> <div>(PENGENAL)</div> </div> </div> </div>												
2. NAMA PASIEN (Nama Belakang, Nama Depan, Inisial Tengah)			3. TANGGAL LAHIR PASIEN MM DD YY M F			1a. NOMOR ID TERTANGGUNG (UNTUK PROGRAM PADA ITEM 1)						
5. ALAMAT PASIEN (No., Jalan)			6. HUBUNGAN PASIEN DENGAN TERASURANSI Diri sendiri Pasangan Anak Lainnya			4. NAMA TERTANGGUNG (Nama Belakang, Nama Depan, Inisial Tengah)						
KOTA		NEGARA	8. STATUS PASIEN Lajang Telah menikah Lainnya Bekerja Waktu penuh Murid Paruh waktu Murid			KOTA		NEGARA	7. ALAMAT TERASURANSI (No., Jalan)			
KODE POS		TELEPON (Cantumkan Kode Area) ()		10. APAKAH KONDISI PASIEN BERHUBUNGAN DENGAN : A. PEKERJAAN? (SEKARANG ATAU SEBELUMNYA) B. KECELAKAAN OTOMATIS? C. KECELAKAAN LAINNYA?			11. KELOMPOK POLIKAN ATAU NOMOR FECA TERTANGGUNG A. TANGGAL LAHIR TERTANGGUNG MM DD YY M F B. NAMA KARYAWAN ATAU NAMA SEKOLAH C. NAMA RENCANA ASURANSI ATAU NAMA PROGRAM					
9. NAMA TERMASUK LAINNYA (Nama Belakang, Nama Depan, Inisial Tengah)			10d. DILINDUNGI UNTUK PENGGUNAAN LOKAL			D. APAKAH ADA RENCANA MANFAAT KESEHATAN LAINNYA? YA TIDAK Jika ya, kembali ke dan selesaikan item 9 iklan.						
A. NOMOR POLI ATAU GRUP TERTANGGUNG LAINNYA			12. TANDA TANGAN PASIEN ATAU ORANG YANG BERWENANG Saya mengizinkan untuk mengeluarkan 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.			13. TANDA TANGAN TERTANGGUNG ATAU ORANG YANG BERWENANG Saya memberi kuasa pembayaran manfaat kesehatan kepada dokter atau pemasok yang bertanda tangan di bawah ini untuk layanan yang dijelaskan di bawah ini.						
B. TANGGAL LAHIR TERTANGGUNG LAINNYA MM DD YY M F			TERTANDA			TERTANDA						
C. NAMA KARYAWAN ATAU NAMA SEKOLAH			TANGGAL									
D. NAMA RENCANA ASURANSI ATAU NAMA PROGRAM												
BACA KEMBALI FORMULIR SEBELUM MENGISI & MENANDATANGANI FORMULIR INI.												
14. TANGGAL SAAT INI : MM DD YY			15. JIKA PASIEN MEMILIKI PENYAKIT YANG SAMA ATAU SERUPA. BERIKAN TANGGAL PERTAMA MM DD YY			16. TANGGAL PASIEN TIDAK DAPAT BEKERJA PADA PEKERJAAN SAAT INI DARI MM DD YY KE MM DD YY						
17. NAMA DOKTER YANG RUJUK ATAU SUMBER LAINNYA			17a. NOMOR ID DOKTER YANG RUJUK			18. TANGGAL RUMAH SAKIT TERKAIT PELAYANAN SAAT INI MM DD YY DARI MM DD YY KE MM DD YY						
19. DILINDUNGI UNTUK PENGGUNAAN LOKAL			20. LAB LUAR? YA TIDAK \$ BIAYA			22. KODE PENGIRIMAN ULANG MEDICAID REF ASLI. TIDAK.						
21. DIAGNOSIS ATAU SIFAT PENYAKIT ATAU CEDERA. (HUBUNGAN ITEM 1,2,3 ATAU 4 DENGAN ITEM 24E BERDASARKAN GARIS)			23. NOMOR IZIN SEBELUMNYA									
1.			3.									
2.			4.									
24. A		B	C	D		E	F	G	H	I	J	K
TANGGAL LAYANAN Dari MM DD YY Ke MM DD YY		Tempat dari Melayani	Jenis dari Melayani	PROSEDUR, LAYANAN, ATAU PERSEDIAAN (Jelaskan Keadaan Tidak Biasa) CPT/HCPCS PENGUBAH		DIAGNOSA KODE	\$ BIAYA	HARI ATAU UNIT	EPST Keluarga Rencana	SAYA EMG	TONGKOL	DIPESAN UNTUK PENGGUNAAN LOKAL
1												
2												
3												
4												
5												
6												
25. NOMOR ID PAJAK FEDERAL			SSN EIN		26. NO REKENING PASIEN.		27. MENERIMA TUGAS? (Untuk pemerintah dalam Nona, lihat ke belakang) YA TIDAK		28. JUMLAH BIAYA \$		29. JUMLAH YANG DIBAYARKAN \$	
31. TANDA TANGAN DOKTER ATAU PEMASOK TERMASUK GELAR ATAU KREDENSIAL (Saya menyatakan bahwa pernyataan sebaliknya berlaku untuk RUU ini dan merupakan bagian darinya.)			32. NAMA DAN ALAMAT FASILITAS TEMPAT LAYANAN DIBERIKAN (jika selain rumah atau kantor)		33. DOKTER, NAMA TAGIHAN PEMASOK, ALAMAT, KODE POS & # TELEPON							
TERTANDA			TANGGAL				PIN#		GRP#			

INFORMASI PASIEN DAN TERASURANSI

INFORMASI DOKTER ATAU PEMASOK

PEMBAWA

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

PEMBERITAHUAN: Barangsiapa dengan sengaja mengajukan surat tuntutan yang memuat pernyataan yang salah atau salah, tidak lengkap atau menyesatkan, maka ia bersalah melakukan tindak pidana yang diancam dengan pidana berdasarkan undang-undang dan dapat dikenakan pidana perdata.

informasi ding mungkin

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 tertancum 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 HCFA, CHAMPUS, dan OWCP untuk meminta informasi yang diperlukan dari Anda 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 Daftar Federal , Jil. 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," Daftar Federal Jil. 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, tinjauan pemanfaatan,

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 tertancum 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.

Beban pelaporan publik untuk pengumpulan informasi ini diperkirakan rata-rata 15 menit per tanggapan, termasuk waktu untuk meninjau instruksi, mencari sumber tanggal yang ada, mengumpulkan dan memelihara data yang diperlukan, serta menyelesaikan dan meninjau pengumpulan informasi. Kirimkan komentar mengenai perkiraan beban ini atau aspek lain apa pun dari pengumpulan informasi ini, termasuk saran untuk mengurangi beban, ke HCFA, Kantor Manajemen Keuangan, PO Box 26684, Baltimore, MD 21207; dan ke Kantor Manajemen dan Anggaran, Proyek Pengurangan Dokumen (OMB-0938-0008), Washington, DC 20503.