


Ziektekostenverzekeringsprogramma voor werknemers van de staat New York

1500

CLAIMFORMULIER VOOR ZORGVERZEKERING

GOEDGEKEURD DOOR NATIONALE UNIFORM CLAIM COMITÉ 08/05

PICA										PICA																																																	
1. MEDICARE MEDICAID TRICARE CHAMPVA GROEP GEZONDHEIDSPLAN FECA BLK LUNG ANDER (Medicare #) (Medicaid #) (BSN van sponsor) (Lidchip-ID#) (Burgerzakennummer of ID) (SSN) (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 Y M SEKS F																																																	
5. ADRES VAN DE PATIËNT (nr., straat)										6. PATIËNTRELATIE MET VERZEKERDE Zelf Echtgenoot Kind Ander																																																	
STAD					STAAT					8. PATIËNTENSTATUS Enkel Getrouwd Ander					STAD					STAAT																																							
POSTCODE					TELEFOON (inclusief netnummer) ()					In dienst Full time Student Deeltijd Student					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) JA NEE B. AUTO-ONGEVAL? JA NEE PLAATS (Staat) C. ANDER ONGEVAL? JA NEE 10d. GERESERVEERD VOOR LOKAAL GEBRUIK										11. POLISGROEP OF FECA-NUMMER VAN DE VERZEKERDE 30500 A. GEBORTE DATUM VAN DE VERZEKERDE MM DD JJ M SEKS F B. NAAM VAN DE WERKGEVERS OF SCHOOLNAAM C. NAAM VAN VERZEKERINGSPLAN OF PROGRAMMANAAM RIJK PLAN D. IS ER NOG EEN ZORGVERGOEDINGSPLAN? JA NEE <i>Zo ja, ga terug naar en voltooi item 9 advertentie.</i>																																							
A. POLIS- OF GROEPSNUMMER VAN ANDERE VERZEKERDE										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.										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.																																							
B. GEBORTE DATUM VAN ANDERE VERZEKERDE MM DD JJ M SEKS F										ONDERTEKEND _____ DATUM _____										ONDERTEKEND _____																																							
C. NAAM VAN DE WERKGEVERS OF SCHOOLNAAM										14. DATUM VAN HUIDIGE: 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										16. DATA PATIËNT KAN NIET WERKEN IN HUIDIG BEROEP. MM DD JJ VAN MM DD JJ NAAR MM DD JJ										17. NAAM VAN DE VERWIJZENDE ARTS OF ANDERE BRON 17a. 17b. NPI																																							
19. GERESERVEERD VOOR LOKAAL GEBRUIK										18. DATA VAN ZIEKENHUIDSDIENSTEN IN VERBAND MET HUIDIGE DIENSTEN. MM DD JJ VAN MM DD JJ NAAR MM DD JJ										20. BUITEN LABORATORIUM? \$ KOSTEN JA NEE																																							
21. DIAGNOSE OF AARD VAN ZIEKTE OF LETSEL. (RELATE ITEMS 1, 2, 3 OF 4 AAN ITEM 24E PER REGEL) 1. 2. 3. 4.										22. CODE VOOR HERZIENING VAN MEDICAID ORIGINEEL REF. NEE.										23. VOORAFGAANDE AUTORISATIENUMMER																																							
24. EEN DATUM(EN) VAN DIENST Van Naar MM DD JJ MM DD JJ B Plaats van Dienst C EMG D PROCEDURES, DIENSTEN OF LEVERINGEN (Verklaar ongebruikelijke omstandigheden) CPT/HCPCS MODIFIER E DIAGNOSE WIJZER										F \$ KOSTEN										G DAGEN OF EENHEDEN										H EPSDT Familie Plan										I 0-100 KWAL										J WEERGEVEN PROVIDER-ID. #									
1										2										3										4										5										6									
25. FEDERALE BELASTING-ID-NUMMER SSN EIN										26. PATIËNTACCOUNT NO.										27. OPDRACHT ACCEPTEREN? (Voor overheid (overheidszorg) zie achterzijde) 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.)										32. INFORMATIE OVER DIENSTENFACILITEITEN A. NPI B.										33. FACTUREERINFO EN PH-nr. () A. NPI B.																																							
ONDERTEKEND _____ DATUM _____																																																											

WET VOOR VERZEKERINGSFRAUDEPREVENTIE

De volgende verklaring is afgedrukt overeenkomstig Regulation 95 van het New York State Insurance Department:

"Elke persoon die willens en wetens en met de bedoeling een verzekeringsmaatschappij of andere persoon te bedriegen, een claimverklaring indient die wezenlijk valse informatie bevat, of informatie verbergt met het doel om te misleiden, over enig feitelijk feit dat daarvoor van belang is, pleegt een frauduleuze verzekeringshandeling, die een misdaad, en zal ook worden onderworpen aan een civielrechtelijke boete van maximaal vijfduizend dollar en de aangegeven waarde van de claim voor elke dergelijke overtreding.

GRAAG CLAIMS NAAR:United HealthCare Insurance Company uit New York
Postbus 1600
Kingston, New York 12402-1600
1-877-7NYSHIP (1-877-769-7447)