

Atención: Después de revisar lo siguiente, complete el formulario en su totalidad (imprima o escriba a máquina solamete) y retorne con la requerida documentación. Limite las entradas a una letra por cuadro y NO exceda el espacio designado (por ejemplo, NO escriba su apellido con su nombre en la misma casilla).

Uso del formulario de reclamo: Este formulario se ha diseñado para ser completado por el paciente, persona responsable, o guardian y es mandatorio para todos los reclamos de beneficios. Este formulario de reclamo NO es para ser usado por los proveedores de servicios de salud.

Otros seguros de salud (OSS): Si existen OSS, adjunte una Explicación de Beneficios (EDB) de OSS con un detalle de cobro de servicios al proveedor(s). Las fechas de servicio y cargos en la EDB deben de compaginar con el cobro de servicios.

Tiempo requerido en el llenado de formulario: Los reclamos tienen que ser recibidos a más tardar durante un año de la fecha del servicio o, en el caso de una persona internada en un hospital, dentro de un año de la fecha de alta del hospital.

Detallado cobro de servicios: Un detallado cobro de servicios tiene que ser adjuntado y contener:

- nombre del paciente, fecha de nacimiento y número de la Tarjeta de Autorización (Tarjeta-A) CHAMPVA (es el mismo número de seguro social del paciente);
- nombre del proveedor, título, número de identificación tributaria (NIT), dirección y número telefónico; y
- fechas de servicio, detalle de los cargos y apropiados códigos de procedimientos/diagnosis de cada servicio (o sea códigos CPT-4, HCPCS, y ICD-9-CM), con sus respectivas descripciones narrativas. Recibos de la farmacia deberán incluir el nombre, cantidad, intensidad y NDC de cada medicina.

Sección I – Información del Paciente

Apellido										Nombre										SN		Número de Seguro Social																	
Dirección de la Calle															Marcar con una x si es nueva dirección															Fecha de Nacimiento (Día/mes/Año)									
Ciudad										Estado					Código Postal					Número de Teléfono (incluya código de área)																			

Sección II – Información sobre Otros Seguros de Salud (OSS)

Por ley tienen que ser reportados otros seguros de salud. Excepto para las pólizas suplementarias de CHAMPVA, CHAMPVA siempre será el pagador secundario. Si se necesita de más espacio, favor continuar en el mismo formulario en una pieza aparte de papel.

• ¿Fue el tratamiento relacionado a un daño o condición de trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • ¿Fue el tratamiento no relacionado a un daño o accidente de trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • ¿Está el paciente cubierto por otra compañía de seguros que incluya protección a través de un familiar (son excluidos seguros secundarios o suplementarios)? <input type="checkbox"/> Si (Marque abajo el tipo de seguro y provea la información a la derecha) <input type="checkbox"/> Patrocinador empleador (grupo) <input type="checkbox"/> privado (no grupo) <input type="checkbox"/> Medicare (Parte A o B) <input type="checkbox"/> otros (especificar) _____ <input type="checkbox"/> No (proceda a la Sección III)	Nombre de Compañía de Seguros (NCS)										Número de Póliza de NCS										Número de Teléfono (incluya código de área) de NCS									
	Nombre de Compañía de Seguros (NCS)										Número de Póliza de NCS										Número de Teléfono (incluya código de área) de NCS									
	Nombre de Compañía de Seguros (NCS)										Número de Póliza de NCS										Número de Teléfono (incluya código de área) de NCS									
	Nombre de Compañía de Seguros (NCS)										Número de Póliza de NCS										Número de Teléfono (incluya código de área) de NCS									

Sección III – Información del Patrocinador

Apellido										Nombre										SN		Número de Seguro Social									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sección IV – Certificación del Demandante

Leyes Federales (18 USC 287 y 1001) estipulan penas criminales cuando a sabiendas se somete o hace falsos, ficticios, o fraudulentos escritos o reclamos.

Dar a Conocer la Información Médica: La firma en esta sección autoriza al proveedor de servicios del paciente a liberar la documentación de registros médicos relacionados a los servicios asociados con el reclamo. Este consentimiento se apega a todos los registros médicos, incluyendo los registros relacionados a las condiciones de tratamiento psicológico y psiquiátricos, abuso de drogas y alcohol, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, infección viral debido a inmunodeficiencia humana, y enfermedad de células fusiformes.

Certifico que la información de arriba y todos los documentos adjuntados están correctos y representan los servicios actuales, fechas y cargos incurridos. (Firma y fecha a la derecha.) Si la certificación está firmada por otra persona que no sea el paciente, complete la información, firmela y féchela.															Firma										Fecha									
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apellido										Nombre										SN		Relación con el Paciente									
Dirección de la calle																															
Ciudad										Estado					Código Postal					Número de Teléfono (incluya el código de área)											

(retenga esta porción para sus registros)

Formulario de Reclamo CHAMPVA

Apendice

Acta Privada: Toda la información recolectada esta sujeta a las provisiones de Acta Privada bajo el inciso 5 USC 552a. **Autoridad:** Esta información es solicitada bajo incisos 38 USC 501 y 1713; 10 USC 1079 y 1086. **Divulgación:** Es voluntario dar a conocer la información, sin embargo el incumplimiento de proveer la información puede resultar en el retraso y/o negación de futuro reclamos a los beneficios CHAMPVA. El incumplimiento de enviar esta información no tendrá impactos adversos en otros beneficios de VA por los cuales el paciente se haya hecho acreedor.

Acta de Reducción de Papelería: La recolección de esta información esta de acuerdo con los requisitos de aduana de la Sección 3507 del Acta de Reducción de Papelería de 1995. El recargo del reporte público empleado para la recolección de esta información es estimado en 10 minutos promedio por respuesta, incluyendo el tiempo empleado en revisar las instrucciones, investigar fuentes de datos existentes, adquirir y mantener el material necesario, y completar y revisar la recolección de la información. Demandantes deben darse cuenta que a pesar de cualquier otra provision a la ley, ninguna persona debería estar sujeta a cualquier pena por incumplimiento con la recolección de la información si esta no muestra un número de control OMB que sea válido y reciente. El propósito de la recolección de estos datos es el de proveer un mecanismo de reclamos a los beneficios CHAMPVA.

