OMB Número: 2900-0219 Tiempo Est.de Molestia: 10 minutos

Departamento de Asuntos de Veteranos

Formulario de Reclamo CHAMPVA

Centro de Administración de Salud VA CHAMPVA PO Box 469064 Denver CO 80246-9064 1-800-733-8387

Atención: Después de revisar la siguiente información, complete todo este formulario (imprima o mecanografía solamente) y devuélvalo con la documentación requerida.

Uso del Formulario de Reclamo: Este formulario debe completarse por el paciente, patrocinador, o guardián y es mandatorio para todo reclamo de beneficios. Este formulario de reclamo NO debe de ser usado para reclamos de proveedores.

Otros Seguros de Salud (OHI): Si existe OHI, adjunte la Explicación de Beneficios (EOB) OHI a las declaraciones detalladas de facturación de cargos del proveedor. Las fechas de servicio y los cargos del proveedor en la EOB deben de coincidir con las declaraciones de facturación.

Requisito de plazo de reclamo: Los reclamos se deben recibir no más tarde que un año después de la fecha del servicio o, en el caso de cuidado en hospital, en el plazo de un año de la fecha de alta.

Facturación detallada: una factura detallada debe ser adjunta y contener:

- nombre del paciente, fecha de nacimiento y la Tarjeta de Autorización CHAMPVA (Número de Membrecía) (El mismo número de Seguro Social del paciente);
- nombre del proveedor, título, número de identificación tributaria (NIT), dirección y número de teléfono; y
- fechas de servicios, cargos detallados y códigos/diagnosis apropiados para cada servicio (ej: códigos CPT-4, HCPCS, y ICD-9-CM) con descripciones narrativas. Reclamos de farmacia deberán incluir el nombre, cantidad, dosificación y NDC de cada medicina.

Sección I - Informacion del Paciente

Apellido (Ésta es una casilla obligatoria)	Nombre (Ésta es una casilla obligatoria)	IM	Número de Seguro Social (Ésta es una casilla obligatoria)

Direccion		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)
	☐ Marque si es Nueva	

Ciudad	Estado	Código Postal	Número Telefónico (incluya código postal)

Sección II - Información de Otro Seguro de Salud (OHI)

Por ley, otra cobertura debe ser reportada. Excepto por pólizas CHAMPVA supleméntales, CHAMPVA siempre es el pagador secundario.
Si necesita más espacio, continúe en el mismo formato en una hoja separada.

- ¿Fue el tratamiento por una lesión o condición relacionada al trabajo? ☐ sí ☐ no
- ¿Fue el tratamiento por una lesión o accidente fuera de su trabajo? ☐ sí ☐ no
- ¿Esta el paciente cubierto por otro seguro de salud primario que incluye la cubertura a través de un miembro de familia (seguro suplemental o secundario esta excluido)?

☐ Si (Marque abajo el tipo de seguro y provea la informacion a la derecha)

☐ patrocinado por el trabajo (grupo)
☐ privado (sin grupo)
☐ Medicare (Parte A o B)
☐ otro (especifique)

☐ no (vaya a Sección III)

Nombre De otra Póliza de Seguro de Salud (OHI)	
Número de Poliza OHI	**Número de Teléfono OHI (incluya código área)**
Nombre De Otra Póliza de Seguro de Salud (OHI)	
Número de Poliza OHI	**Número de Teléfono OHI (incluya código área)**

Sección III - Informacion del Patrocinador

Apellido	Nombre	IM	Número de Membrecía CHAMPVA (Ésta es una casilla obligatoria)

Sección IV - Certificación del Solicitante

Leyes Federales (18 USC 287 y 1001) estipulan penas criminales por presentar o hacer deliberadamente reclamos/declaraciones falsas, ficticias o fraudulentas.

Certifico que la información de arriba y sus agregados están correctos y representan los servicios actuales, fechas y honorarios cobrados. (Firme y ponga fecha a la derecha.) Si esta certificación ha sido firmada por otra persona que no sea el paciente, complete la información, firme y ponga la fecha.

Firma (mecanografía si es electrónica)	Fecha

Apellido	Nombre	IM	Relación al paciente

Dirección

Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono (incluya código de área)

Formulario de Reclamos CHAMPVA

Aviso: La terminación del matrimonio, por divorcio o anulación, al patrocinador calificado termina elegibilidad de CHAMPVA a partir de la medianoche en la fecha que entra en vigor la disolución del matrimonio. Los cambios de estatus se deben divulgar inmediatamente a CHAMPVA.

INFORMACIÓN DEL ACTA DE PRIVACIDAD: La autoridad para la colección de la información pedida en este formulario es 38 USC 501 y 1781. El propósito de recoger esta información es para adjudicar y procesar reclamos para beneficios de CHAMPVA. El no proporcionar la información solicitada no tendrá un impacto negativo en otros beneficios de VA, a los cuales tiene derecho. Las respuestas sometidas serán consideradas confidenciales y pueden divulgarse fuera de VA solamente si está autorizada bajo la Ley de Privacidad incluyendo sus usos rutinarios, así identificados bajo el sistema de archivos VA bajo el número 54VA16, titulado "Centros de Administración de Salud Registros de Salud Civil y Programa Médico - VA", según lo dispuesto en la compilación de las emisiones de la ley de privacidad vía el acceso en línea de GPO en **htpp://www.gpoaccess.gov/privacyact/index.html**. Por ejemplo, el número de Seguro Social se puede divulgar a contratistas, socios comerciales, proveedores de cuidado de salud y a otros proveedores de servicios de cuidado de salud para determinar su elegibilidad para los beneficios médicos y para el pago de los servicios. Divulgación de número(s) de Seguro Social de aquellos por quienes reclaman beneficios es un requisito bajo la autoridad del Título 38, U.S.C., y es voluntario. Números de Seguro Social serán usados en la administración de beneficios de Veteranos, para identificar Veteranos o personas reclamando o recibiendo beneficios VA y sus archivos y podrán ser usados para otros propósitos, autorizados por el Título 38, U.S.C., y el Acto de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. 552a) o requerido por otra ley parlamentaria.

Acto de Reducción de Papeleo: Esta recogida de información está de acuerdo con los requisitos de liquidación de la sección 3507 del acto de la reducción del papeleo de 1995. La carga pública para reportar esta colección de información se estima en un promedio de 10 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la colección de información. Los comentarios con respecto a esta estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta colección, incluyendo sugerencias para reducir la carga, pueden ser dirigidas llamando a la línea de ayuda CHAMPVA, 800-733-8387. Los encuestados deben ser conscientes que a pesar de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona será sujeta a cualquier pena al no cumplir con una colección de información si no exhibe un número de control de OMB valido y vigente. El propósito de esta colección de datos es para proveer un mecanismo para reclamar los beneficios de CHAMPVA.