

Tutorial de reembolso de la compañía de seguros



Introducción

- Resumen
- Dónde acceder a la plantilla de reembolso de la compañía de seguros
- Cómo rellenar la plantilla de reembolso de la compañía de seguros
- Cómo transmitir la plantilla de reembolso de la compañía de seguros



Resumen

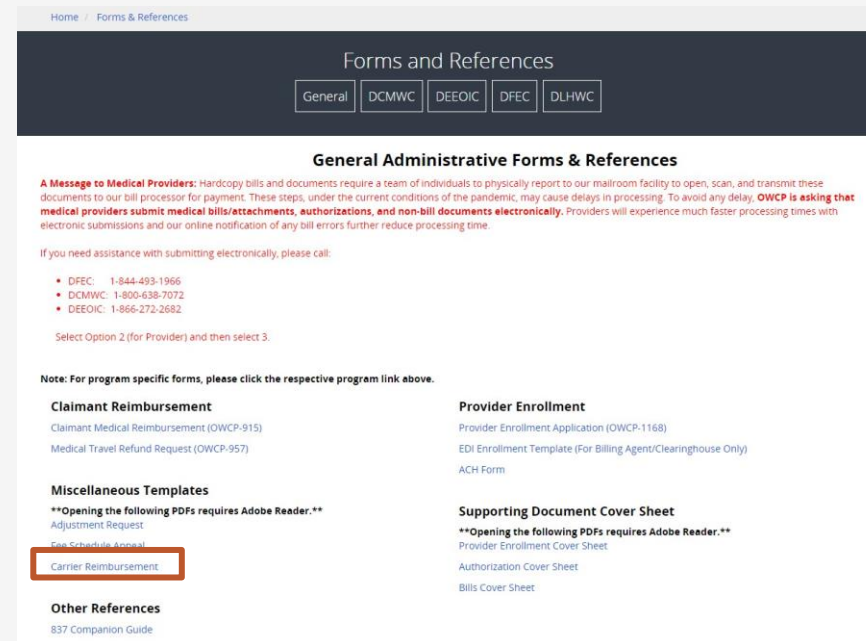
Los proveedores anotados en los programas División de Compensación de Empleados Federales (DFEC, por sus siglas en inglés), División de Compensación por Enfermedad Laboral de Empleados de Energía (DEEOIC, por sus siglas en inglés), División de Compensación para Trabajadores de Minas de Carbón (DCMWC, por sus siglas en inglés) bajo el Tipo de Proveedor 95 usan la Plantilla de Reembolso del Transportista para transmitir facturas. Las compañías de seguro de atención médica y otros planes de salud de pago por servicio usan esta plantilla para pedir el reembolso de reclamaciones relacionadas con una compensación que ya existe.

La plantilla de reembolso de la compañía de seguros está en el portal para procesar facturas médicas, en Recursos - Formularios y referencias. El formulario original HCFA1500, también conocido como OWCP 1500 para servicios profesionales, y/o el formulario UB04 original, también conocido como OWCP 04 para servicios de pacientes hospitalizados o ambulatorios, junto con cualquier otro documento de respaldo necesario según la política de OWCP o del programa, deben incluirse a la plantilla de reembolso de la compañía de seguros que usted presente.

Si se recibe la plantilla de reembolso del transportista completa sin los anexos requeridos, la plantilla completada enviada se devolverá al transportista, utilizando la estructura de procesamiento devolución al proveedor (RTP).

Acceso a la plantilla de reembolso de la compañía de seguros

En el portal de procesamiento de facturas médicas <https://owcpmed.dol.gov/portal/>, se puede acceder a la plantilla de reembolso de la compañía de seguros en Recursos - General - Formularios y referencias, en la categoría "plantillas variadas".



Completar la plantilla de reembolso de la compañía de seguros

1. PATIENT'S NAME (Last name, First name, middle initial)	2. OWCP FILE NUMBER/ CASE ID
	2.a Date of illness or Injury:
3. PATIENT ADDRESS	4. CARRIERS NAME:
Address1:	Address1:
Address2:	Address2:
City:	City:
State:	State: Zip Code:
Zip Code:	Carrier OWCP Provider ID: EIN:
	Phone:

1. Escriba el nombre del paciente.
2. Para la DFEC escriba el número de expediente del paciente. Para la DEEOIC y la DCMWC escriba la identificación de caso o el Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) **Nota:** Si no pone el Número de Expediente/ID de Caso/SSN en este campo, se puede retrasar el procesamiento de la factura.
 2. a. Para la DFEC, escriba la fecha de la enfermedad/lesión. Este campo no es obligatorio para la DEEOIC y la DCMWC.
3. Escriba la dirección del paciente (calle, ciudad, estado, código postal).
4. Escriba el nombre, la dirección, la ciudad, el estado y el código postal de la compañía de seguros.

Escriba el identificador de proveedor en la OWCP de la compañía de seguros, el EIN (número de identificación del empleador, en inglés) y el número de teléfono.

Completar la plantilla de reembolso de la compañía de seguros

5. Escriba el código de diagnóstico. Si el tipo de factura es UB04, escriba los códigos de diagnóstico primario en el campo 5A.

5.a. Escriba la versión de diagnóstico de la ICD (Clasificación Internacional de Enfermedades, por sus siglas en inglés). Si utiliza la ICD-10, escriba 0. Si utiliza la ICD-9, escriba 9.

5. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY (Relate diagnosis to procedure in column 6D by reference numbers A,B,C etc.) 5.a ICD IND:		
A. <input type="text"/>	E. <input type="text"/>	I. <input type="text"/>
B. <input type="text"/>	F. <input type="text"/>	J. <input type="text"/>
C. <input type="text"/>	G. <input type="text"/>	K. <input type="text"/>
D. <input type="text"/>	H. <input type="text"/>	L. <input type="text"/>

Completar la plantilla de reembolso de la compañía de seguros

6A. Escriba la fecha de servicio desde y hasta en el formato MM/DD/AAAA.

6B. Escriba los códigos CMS/OWCP estándar de "lugar de servicio" (POS, por sus siglas en inglés).

6C. Si el tipo de factura es HCFA 1500:

- Escriba el código de procedimiento CPT/HCPCS (por sus siglas en inglés).
- Si el código de procedimiento es un código J no incluido en la lista, escriba el NDC (por sus siglas en inglés) y la unidad de medida (mg, ml, gramo, etc.).

Si el tipo de factura es UB04:

- Para las facturas de pacientes ambulatorios, escriba los códigos de ingresos (RCC, en inglés) y el código de procedimiento. Si el código del procedimiento es un código J no incluido en la lista, escriba el NDC y la unidad de medida (mg, ml, gramo, etc.).
- Para las facturas de pacientes hospitalizados, escriba los códigos de ingresos (RCC).

6.	A		B	C		D	E	F	G	
	DATE OF SERVICE	TO		FULLY DESCRIBE PROCEDURES, MEDICAL SERVICES OR SUPPLIES FURNISHED FOR EACH DATE GIVEN.	(EXPLAIN UNUSUAL SERVICES OR CIRCUMSTANCES)					DIAGNOSIS INDICATOR
	FROM	TO		PROCEDURE Codes (CPT/HCPC)/ RCC Codes						
							Total Charge:	Amount Paid:		

Completar la plantilla de reembolso de la compañía de seguros

7. PHYSICIAN'S OR SUPPLIER'S NAME: [] Address1: [] Address2: [] City: [] State, ZIP: [] [] NPI: []	8. SIGNATURE OF CARRIER'S REPRESENTATIVE (I certify that the above documentation is reflected in the carriers official files) [] Signature Date: []	9. PHOTOCOPIES YES NO BILLS: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CANCELLED CHECKS/ REMITTANCE VOUCHERS : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10. BILL TYPE: <input type="radio"/> 1500 <input type="radio"/> UB04 UB04 TYPE OF BILL: [] UB04 ADMISSION TYPE: [] UB04 PATIENT STATUS CODE [] STATEMENT COVERS PERIOD: [] []
---	---	---	--

7. Escriba el nombre del proveedor de servicios, la dirección, la ciudad, el estado, el código postal y el identificador nacional del proveedor (NPI, por sus siglas en inglés) del proveedor de servicios.
8. Firme y feche el formulario.
9. Si ha incluido fotocopias de facturas marque "sí", si no, marque "no".
Si ha incluido cheques cancelados o comprobantes de pago, marque "sí"; si no, marque "no".

Completar la plantilla de reembolso de la compañía de seguros

7. PHYSICIAN'S OR SUPPLIER'S NAME: [] Address1: [] Address2: [] City: [] State, ZIP: [] [] NPI: []	8. SIGNATURE OF CARRIER'S REPRESENTATIVE (I certify that the above documentation is reflected in the carriers official files) [] Signature Date: []	9. PHOTOCOPIES YES NO BILLS: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CANCELLED CHECKS/ REMITTANCE VOUCHERS : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10. BILL TYPE: <input type="radio"/> 1500 <input type="radio"/> UB04 UB04 TYPE OF BILL: [] UB04 ADMISSION TYPE: [] UB04 PATIENT STATUS CODE [] STATEMENT COVERS PERIOD: [] []
---	---	---	--

10. Marque el tipo de factura que corresponda.

Si el tipo de factura es UB04:

- Escriba el tipo de clasificación de la factura. Use el código de 3 dígitos apropiado. El primer dígito indica el tipo de centro, el segundo el tipo de atención y el tercero la secuencia de facturación.
- En Tipo de admisión UB04, escriba el código del tipo de admisión.
- Para Código de estado del paciente UB04 , escriba el código de estado del paciente.
- En "período de cobertura del extracto", escriba la fecha de inicio y fin del extracto en formato MM/DD/AA.

Método de presentación de facturas en papel

Para la DFEC:

Envíe la factura completada con los documentos incluidos a **DFEC Central Mail Room, PO Box 8300, London KY 40742-8300.**

Para la DEEOIC:

Envíe la factura completada con los documentos incluidos a **DEEOIC Central Mail Room, PO Box 8304, London KY 40742-8304.**

Para la DCMWC:

Envíe la factura completada con los documentos incluidos a **DCMWC Central Mail Room, PO Box 8302, London KY 40742-8302.**

El procesamiento de las facturas puede tardar hasta 28 días naturales.

Si necesita más ayuda para rellenar la plantilla, póngase en contacto con el Programa OWCP correspondiente de forma gratuita: (DFEC) 1-844-493-1966 DEEOIC; 1-866-272-2682, y DCMWC; 1-800-638-7072

¡GRACIAS!

