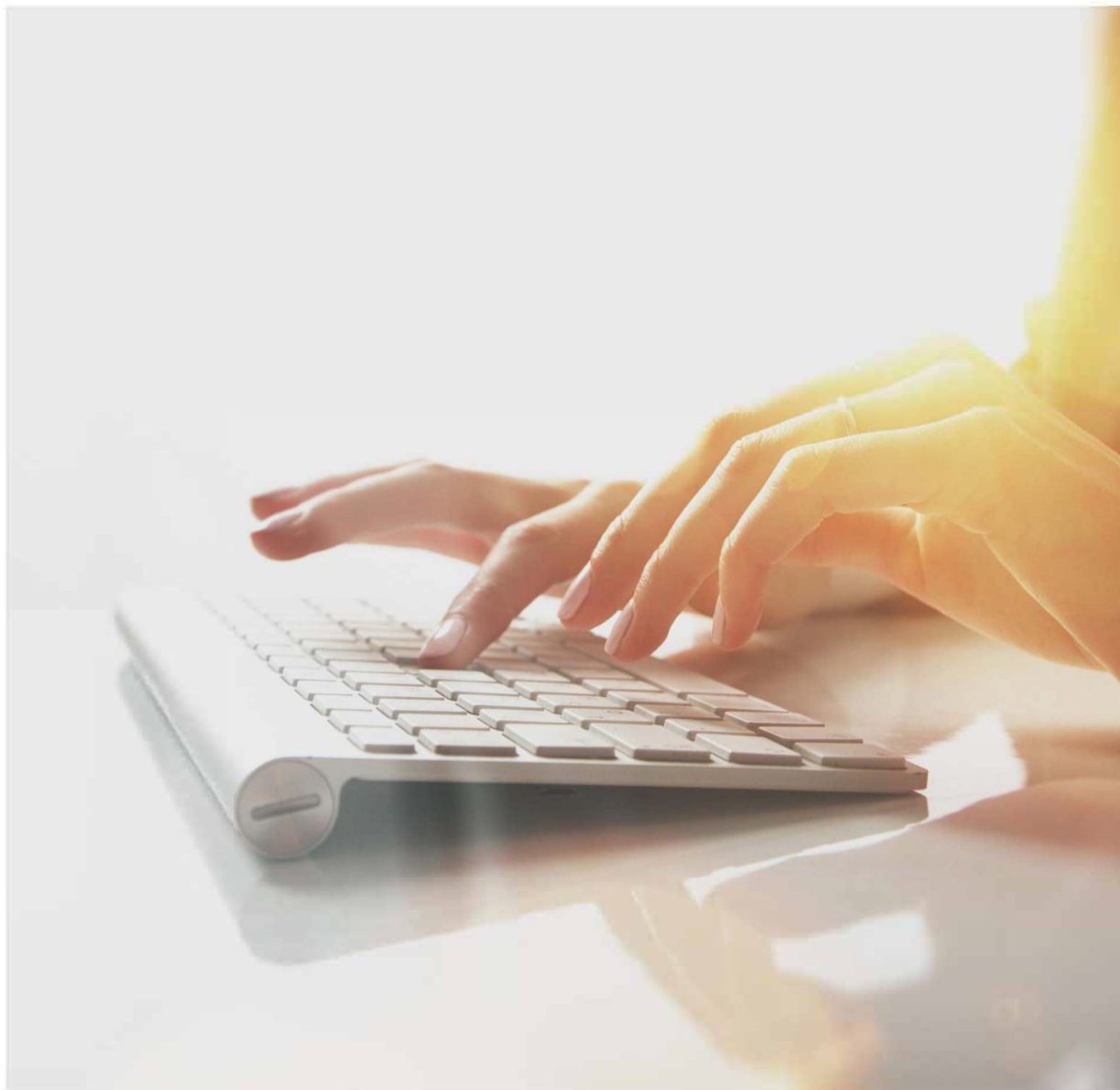


# Formularios de reembolso al reclamante



## Resumen

- Cómo obtener un formulario de reembolso al reclamante
- Cómo llenar el formulario OWCP 915 para reembolsos médicos
- Cómo llenar el formulario OWCP 915 para reembolsos de farmacia
- Cómo llenar los formularios OWCP 957A y 975B para reembolsos de viaje
- Presentación del formulario de reembolso



# Cómo obtener un formulario de reembolso al reclamante

1 Vaya a <http://owcpmed.dol.gov>

2 Haga clic en Resources (recursos)

3 Haga clic en Forms & References (formularios y referencias)

The screenshot shows the OWCP Medical Bill Processing Portal website. The header includes the OWCP logo and the text "OFFICE OF WORKERS' COMPENSATION PROGRAMS MEDICAL BILL PROCESSING PORTAL". The navigation menu includes "Home", "Provider", "Claimant", "Login", "Resources", "Pharmacy/LMN", and "Contact Us". The "Resources" dropdown menu is open, showing options: "Training & Tutorials", "FAQs", "Forms & References", "News", "Fee Schedules", and "Announcement Archive". The main content area features a "Providers" section with links for "Provider Enrollment", "Provider Login", "OWCP WCMBP Provider Manual", "Upcoming Webinars", and "Interested in treating OWCP workers". A "Did You Know?" section is also visible, with a link to "Forms & References".

## Cómo obtener un formulario de reembolso al reclamante

4

En la sección Claimant Reimbursement (reembolso al reclamante), seleccione **Claimant Medical/Pharmacy Reimbursement (reembolso médico/de farmacia al reclamante) (OWCP 915)** o **Medical Travel Refund Request – Mileage (solicitud de reembolso por viaje médico - de millaje) (OWCP-957A)** o **Expenses (gastos) (OWCP 957B)**.

### Forms and References

General DCMWC DEEOIC DFEC

#### General Administrative Forms & References

**Note: For program specific forms including claimant reimbursement forms, please click the respective program link above.**

<b>Miscellaneous Templates</b> <b>**Opening the following PDFs requires Adobe Reader:**</b> <a href="#">Adjustment Request</a> <a href="#">Fee Schedule Appeal</a> <a href="#">Carrier Reimbursement</a>	<b>Provider Enrollment</b> <a href="#">Provider Enrollment Application (OWCP-1168)</a> <a href="#">EDI Enrollment Template (For Billing Agent/Clearinghouse Only)</a> <a href="#">ACH Form</a>
<b>Other References</b> <a href="#">Explanation of Benefits (EOB) Reference Guide:</a> This document gives more information for common EOB denial reasons. <a href="#">837 Companion Guide</a> <a href="#">835 Companion Guide</a> <a href="#">277CA Companion Guide</a> <a href="#">Remittance Voucher Guide (updated 05/23/23)</a>	<b>Supporting Document Cover Sheet</b> <a href="#">How to view PDFs using Adobe Reader</a> <b>**Opening the following PDFs requires Adobe Reader:**</b> <a href="#">Provider Enrollment Cover Sheet</a> <a href="#">Authorization Cover Sheet</a> <a href="#">Bills Cover Sheet</a>

Reembolso médico  
OWCP 915



## Instrucciones para el uso del FORMULARIO OWCP-915 para reembolso médico

---

- El formulario OWCP-915 se utiliza para solicitar el reembolso de los gastos médicos de su bolsillo correspondientes al tratamiento de una condición aceptada, incluyendo (entre otros) tratamientos médicos, medicamentos recetados e suministros médicos.
- Por favor presente un formulario de reembolso por separado para cada proveedor con el que se haya incurrido en un gasto de bolsillo.
- Por favor escriba con letra de imprenta clara y legible. Haga referencia a su identificación de caso de OWCP en toda la documentación.
- Conserve una copia del formulario OWCP-915 completado y de la documentación de apoyo para su archivo.

## Cómo llenar el formulario OWCP 915 para reembolso médico

1

Introduzca su información personal

**Nota:** No introduzca información en las zonas sombreadas en gris

Provide all information requested below. <b>DO NOT FILL IN SHADED AREAS.</b> Read the attached information in order to ensure the submission of all required documentation. Maintain a copy of all documentation for your records.		OMB No. 1240-0007 Expires: 06/30/2021
<b>PERSONAL INFORMATION</b>		
Name Last First M.I.		OWCP File Number
Address Street/P.O. Box/Apt No.		Telephone Number
City State Zip Code		FOR DOL USE ONLY

## Completar el formulario OWCP 915 para reembolso médico

---

2 Indique el nombre del proveedor/organización.

Nota: Los reclamantes deben presentar un formulario distinto por cada proveedor en el que se hayan prestado servicios médicos.

PROVIDER INFORMATION	
Name of Doctor's Office, Hospital, Pharmacy or Medical Supply Company where expense was incurred. (A separate OWCP-915 must be filed for each provider)	



## Cómo llenar el formulario OWCP 915 para reembolso médico

- 3 • Enumere la descripción de los cargos
- Introduzca el intervalo de fechas de servicio (MM/DD/AAAA)
- Introduzca el importe pagado por el reclamante de su propio bolsillo
- Marque la casilla "YES" (sí) indicando que ha incluido el comprobante de pago
- Se pueden enumerar hasta 8 visitas y/o servicios en el formulario
- Calcule el importe total pagado por todas las visitas y rellene la casilla de la parte inferior

Description of Charge (Medical appointment, name of prescription drug, description of medical product/ supply)	Date of Service (MM/DD/YYYY)		Amount Paid by Claimant	Have you included Proof of Payment for each item?	
	From	To		YES	NO
				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<b>Total Reimbursement</b>		

## Cómo llenar el formulario OWCP 915 para reembolso médico

El formulario debe ser firmado por el reclamante

I certify that the information above is correct and that the reimbursement requested is for expenses paid by me for the treatment of my covered condition. I am aware that any person who knowingly makes any false statement or misrepresentation to obtain reimbursement from OWCP is subject to civil penalties and/or criminal prosecution.

I authorize any provider named above to release information to the US Department of Labor, OWCP if necessary for the proper adjudication of this claim.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

4

El formulario debe ser firmado por el reclamante o un representante

5

Se requiere una fecha que debe ser igual o posterior a la última fecha de servicio indicada en este formulario.

## Formulario 915 completado


1. Se requiere un comprobante de pago (puede ser un recibo de caja, un cheque pagado o un recibo de tarjeta de crédito)

2. Se recomienda (pero no se exige) que su proveedor llene un **formulario HCFA 1500**. Este formulario puede presentarse junto con su formulario 915 para garantizar que su factura se codifique correctamente y que se le reembolsen los servicios adecuados.

**Claim for Medical Reimbursement**

Reset    Print

**U.S. Department of Labor**  
Office of Workers' Compensation Programs



Provide all information requested below. **DO NOT FILL IN SHADED AREAS.** Read the attached information in order to ensure the submission of all required documentation. Maintain a copy of all documentation for your records.

OMB No. 1240-0007  
Expires: 06/30/2021

PERSONAL INFORMATION					
Name			OWCP File Number		
Smith	John	A	123-45-6780		
Last		First	M.I.		Telephone Number
Address		Street/P.O. Box/Apt No.		(000) 123-4567	
1234 Main St		Tunnelsport PA 16600		FOR DOL USE ONLY	
City		State Zip Code			
PROVIDER INFORMATION					
Name of Doctor's Office, Hospital, Pharmacy or Medical Supply Company where expense was incurred. (A separate OWCP-915 must be filed for each provider) Enter Doctor's Name					
Description of Charge (Medical appointment, name of prescription drug, description of medical product/ supply)	Date of Service (MM/DD/YYYY)		Amount Paid by Claimant	Have you included Proof of Payment for each item?	
	From	To		YES	NO
Office Visit	02/01/2020	02/01/2020	\$65.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Office Visit	02/01/2020	02/01/2020	\$65.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total Reimbursement			\$130.00		
I certify that the information above is correct and that the reimbursement requested is for expenses paid by me for the treatment of my covered condition. I am aware that any person who knowingly makes any false statement or misrepresentation to obtain reimbursement from OWCP is subject to civil penalties and/or criminal prosecution.					
I authorize any provider named above to release information to the US Department of Labor, OWCP if necessary for the proper adjudication of this claim.					
Signature: <i>John Smith</i>			Date: <i>02/10/20</i>		

OWCP-915 (Rev. 12-07)

Formulario OWCP 915  
de reembolso médico:  
Recetas médicas



# Cómo llenar el formulario OWCP 915 para reembolso médico: Recetas médicas

1

Introduzca su información personal

**Nota:** No introduzca información en las zonas sombreadas en gris

Provide all information requested below. <b>DO NOT FILL IN SHADED AREAS.</b> Read the attached information in order to ensure the submission of all required documentation. Maintain a copy of all documentation for your records.			OMB No. 1240-0007 Expires: 06/30/2021
<b>PERSONAL INFORMATION</b>			
Name		OWCP File Number	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Last	First	M.I.	
Address		Telephone Number	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Street/P.O. Box/Apt No.			
<input type="text"/>			
City	State	Zip Code	<b>FOR DOL USE ONLY</b>

## Cómo llenar el formulario OWCP 915 para reembolso médico: Recetas médicas

---

2 Indique el nombre de la farmacia

Nota: Se requiere un formulario distinto para cada farmacia en la que se hayan surtido medicamentos

PROVIDER INFORMATION	
Name of Doctor's Office, Hospital, Pharmacy or Medical Supply Company where expense was incurred. (A separate OWCP-915 must be filed for each provider)	

## Cómo llenar el formulario OWCP 915 para reembolso médico

3

- Anote el número de código nacional de medicamentos, la cantidad (cuántos ml/mg) y los días de suministro en "Description of Charge" (descripción del cargo)
- Introduzca la fecha de servicio (MM/DD/AAAA) en la que se surtió la receta
- Introduzca el importe pagado por el reclamante
- Marque la casilla "YES" (sí) indicando que ha incluido el comprobante de pago
- Se pueden enumerar hasta 8 visitas y/o servicios en el formulario
- Calcule el importe total pagado por todos los servicios y rellene la casilla de la parte inferior

Description of Charge (Medical appointment, name of prescription drug, description of medical product/ supply)	Date of Service (MM/DD/YYYY)		Amount Paid by Claimant	Have you included Proof of Payment for each item?	
	From	To		YES	NO
				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<b>Total Reimbursement</b>		

## Cómo llenar el formulario OWCP 915 para reembolso médico

I certify that the information above is correct and that the reimbursement requested is for expenses paid by me for the treatment of my covered condition. I am aware that any person who knowingly makes any false statement or misrepresentation to obtain reimbursement from OWCP is subject to civil penalties and/or criminal prosecution.

I authorize any provider named above to release information to the US Department of Labor, OWCP if necessary for the proper adjudication of this claim.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

4

El formulario debe ser firmado por el reclamante o un representante

5

Se requiere una fecha que debe ser igual o posterior a la última fecha de servicio que figura en el formulario 915.



## Formulario 915: recetas médicas completado

1. Se requiere un comprobante de pago (Puede ser un recibo de caja, un extracto detallado de la farmacia, un cheque pagado o un recibo de tarjeta de crédito).

2. Los recibos y extractos detallados de la farmacia deben llevar la indicación "el paciente pagó" o "pagado por el paciente" para demostrar quién pagó los cargos

3. Si los recibos de farmacia tienen el número del código nacional de medicamentos, la cantidad y el día de suministro, el nombre del medicamento puede figurar en el formulario 915.

### Claim for Medical Reimbursement

Reset

Print

U.S. Department of Labor  
Office of Workers' Compensation Programs



Provide all information requested below. DO NOT FILL IN SHADED AREAS. Read the attached information in order to ensure the submission of all required documentation. Maintain a copy of all documentation for your records.			OMB No. 1240-0007 Expires: 00/30/2021		
<b>PERSONAL INFORMATION</b>					
Name Smith John A Last First M.I.			OWCP File Number 123-45-6789		
Address 1234 Main St Street/P.O. Box/Apt No. Tunnelsport PA 16600 City State Zip Code			Telephone Number (000) 123-4567		
FOR DOL USE ONLY					
<b>PROVIDER INFORMATION</b>					
Name of Doctor's Office, Hospital, Pharmacy or Medical Supply Company where expense was incurred. (A separate OWCP-915 must be filed for each provider) Enter Drug Store Name					
Description of Charge (Medical appointment, name of prescription drug, description of medical product/ supply)	Date of Service (MM/DD/YYYY)		Amount Paid by Claimant	Have you included Proof of Payment for each item?	
	From	To		YES	NO
Tetracycline NDC 00182-0112-01	02/01/2020	02/01/2020	\$45.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Theodur NDC 00085-0487-01	02/01/2020	02/01/2020	\$85.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<b>Total Reimbursement</b>	<b>\$130.00</b>	
I certify that the information above is correct and that the reimbursement requested is for expenses paid by me for the treatment of my covered condition. I am aware that any person who knowingly makes any false statement or misrepresentation to obtain reimbursement from OWCP is subject to civil penalties and/or criminal prosecution.					
I authorize any provider named above to release information to the US Department of Labor, OWCP if necessary for the proper adjudication of this claim.					
Signature <i>John Smith</i>			Date <i>02/10/20</i>		

OWCP-915 (Rev. 12-07)

## Formulario OWCP 957A para reembolso de gastos de viaje: millaje

Este formulario es aplicable  
a los programas de la  
División de Compensación de  
Empleados Federales (DFEC,  
por sus siglas en inglés) y la  
División de Compensación  
por Enfermedad Laboral de  
Empleados de Energía (DEEOIC,  
por sus siglas en inglés)



# Cómo llenar el formulario OWCP 957A de reembolso de gastos de viaje: millaje

## 1 Introduzca su información personal

<p>NOTE: This report is authorized by the Federal Employees' Compensation Act (5 USC 8103(a)) and the Energy Employees Occupational Illness Compensation Program Act of 2000, (42 USC 7384 and 20 CFR 30.701). While you are not required to respond, this information is required to obtain reimbursement for mileage. The method of collecting information complies with the Freedom of Information Act, the Privacy Act of 1974, and OMB Circ. 130. This form should be used for medically related travel covered by the Federal Employees' Compensation Act and the Energy Employees Occupational Illness Compensation Program Act of 2000. For travel expenses reimbursement under the Black Lung Benefits Act (30 USC 901; 20 CFR 725.406 and 725.701) use the Form OWCP-957 Part B</p>		OMB No. 1240-0037 Expires: 11/30/2026
1. Claimant Name (Last, First, M.I.):	2. Case/Claim Number:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3. Payee Name if different from claimant's name (Last, First, M.I.): (See Instruction No. 3 for further requirements if payee is not the claimant)	4. Claimant/Payee Phone No.:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5. Claimant/Payee Address (House #, Street or RR, City, State, Zip Code):	6. Claimant/Payee Email:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## Cómo llenar el formulario OWCP 957A de reembolso de gastos de viaje: millaje

### 2 Introduzca la siguiente información:

- a. En el campo **7a**, introduzca la fecha o fechas en las que viajó.
- b. En el campo **7b**, seleccione el motivo de su viaje.
- c. En el campo **7c**, seleccione de dónde y adónde viajó
- d. En el campo **7d**, introduzca el nombre completo y la dirección del centro médico.
- e. En el campo **7e**, seleccione si el viaje fue de ida o de ida y vuelta. Seleccione solamente una casilla.
  - **Solo ida:** Salida para dirigirse a un punto de destino sin regresar al lugar de donde salió.
  - **Ida y vuelta:** Salir de su lugar de origen "A", viajar a su punto de destino "B" y volver a "A" (donde empezó).
- f. En el campo **7f**, introduzca el total de millas recorridas en el viaje.

7a. Date(s) of Travel	7b. Reason for Travel	7c. From (Full name and street address)	7d. To (Full name and street address)	7e. One-way /Round trip	7f. Total # Miles
	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Medical Appt. <input type="checkbox"/> Therapy/Rehab <input type="checkbox"/> Pharmacy <input type="checkbox"/> Med. Supply <input type="checkbox"/> Other			<input type="checkbox"/> One-way <input type="checkbox"/> Round trip	

## Cómo llenar el formulario OWCP 957A de reembolso de gastos de viaje: millaje

**Nota:** Las secciones no pueden rellenarse parcialmente. Utilice una nueva sección para cada fecha de servicio (DOS, por sus siglas en inglés).

La persona que solicita el reembolso debe firmar e introducir la fecha. La fecha debe ser igual o posterior a la última fecha de viaje.

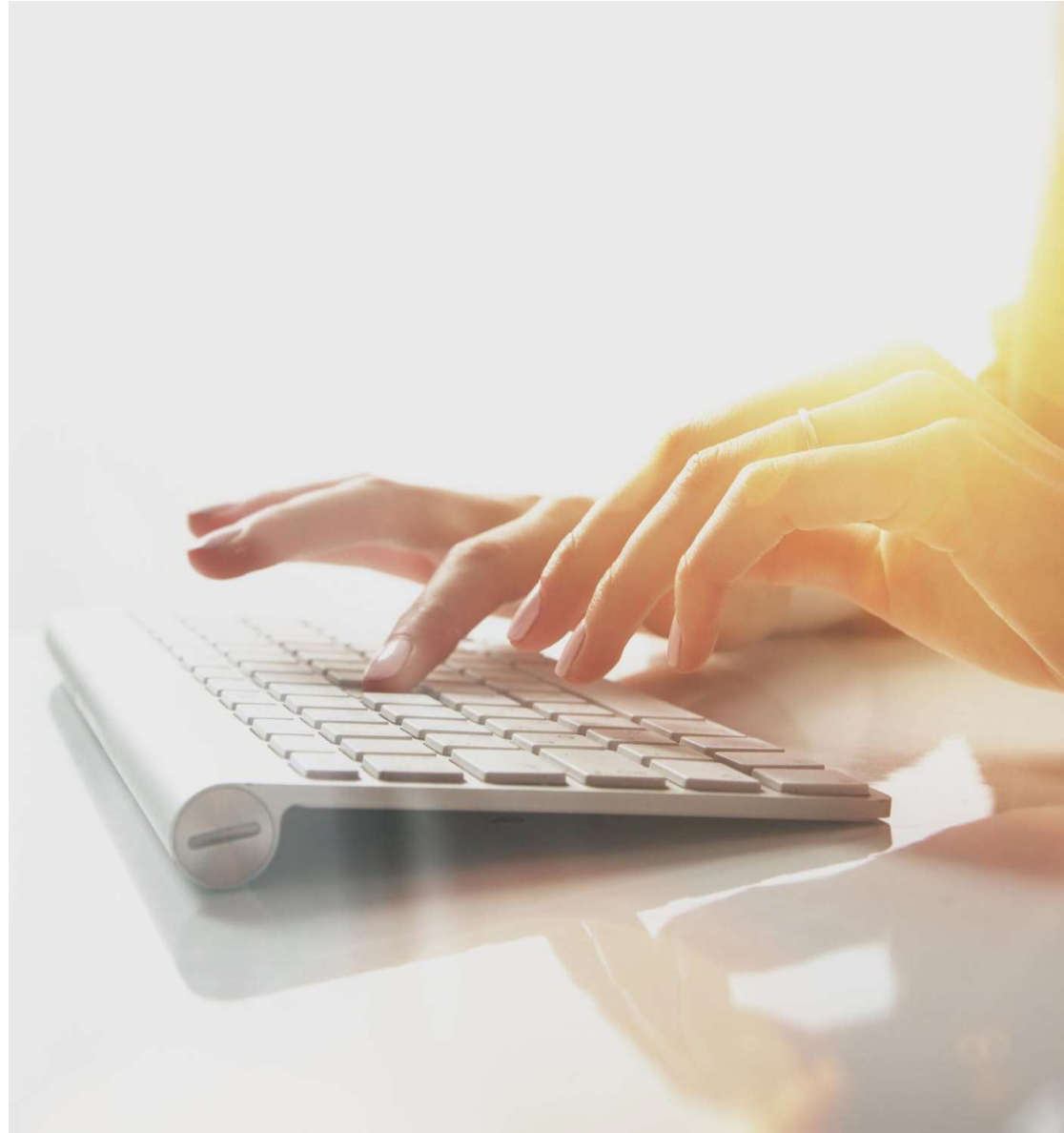
Payee Certification: I certify that the information provided is true and accurate to the best of my knowledge and belief. I am aware that any person who knowingly makes any false statement, misrepresentation, concealment of fact, or any other act of fraud, to obtain reimbursement as provided by the OWCP, or who knowingly accepts reimbursement to which that person is not entitled is subject to civil or administrative remedies as well as criminal prosecution and may, under appropriate criminal provisions, be punished by a fine or imprisonment, or both. In addition, a state or federal criminal conviction for OWCP fraud will result in termination of all current and future OWCP benefits.

8. Claimant/Payee Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Form OWCP-957 Part A  
November 2023

# Formulario OWCP 957B para reembolso de viaje: gastos

Este formulario es aplicable a todos los programas.





## Cómo llenar el formulario OWCP 957B de reembolso de gastos de viaje: gastos

### 1 Introduzca su información personal.

<p>NOTE: This report is authorized by the Federal Employees' Compensation Act (5 USC 8103(a)), the Black Lung Benefits Act (30 USC 901; 20 CFR 725.406 and 725.701) and the Energy Employees Occupational Illness Compensation Program Act of 2000, (42 USC 7384 and 20 CFR 30.701). While you are not required to respond, this information is required to obtain reimbursement for travel expenses. The method of collecting information complies with the Freedom of Information Act, the Privacy Act of 1974, and OMB Circ. 130. This form should be used for medically related travel covered by the Federal Employees' Compensation Act, the Black Lung Benefits Act, and the Energy Employees Occupational Illness Compensation Program Act of 2000.</p>		OMB No. 1240-0037 Expires: 11/30/2026
1. Claimant Name (Last, First, M.I.):	2. Case/Claim Number:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3. Payee Name if different from claimant's name (Last, First, M.I.):	4. Claimant/Payee Phone No.:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5. Claimant/Payee Address (House #, Street or RR, City, State, Zip Code):	6. Claimant/Payee Email:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
7. Payee relationship to Claimant:	8. Reason Payee other than Claimant is requesting reimbursement:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## Cómo llenar el formulario OWCP 957B de reembolso de gastos de viaje: gastos

9. Complete un bloque distinto para cada centro médico, farmacia, terapeuta, etc. visitado.
  - a. En el campo **Date (fecha)** introduzca la fecha del viaje.
  - b. En el campo **From (desde)** introduzca la dirección completa del lugar donde comenzó su viaje.
  - c. En el campo **To (hasta)** introduzca la dirección completa del lugar donde finalizó su viaje.
  - d. En las casillas de verificación situadas a la derecha del campo **From (desde)** seleccione la casilla que indica si el viaje fue de **ida** o de **ida y vuelta**.

9. CLAIMANT'S TRAVEL EXPENSE REIMBURSEMENT REQUEST	
Date:	
From:	<input type="checkbox"/> One-way <input type="checkbox"/> Round trip
To:	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Medical Appt. <input type="checkbox"/> Therapy/Rehab <input type="checkbox"/> Pharmacy <input type="checkbox"/> Med. Supply <input type="checkbox"/> Other
Total miles traveled (Private auto only):	
Other travel expenses: (Attach receipts for each listed expense)	<input type="checkbox"/> Train
	<input type="checkbox"/> Bus
	<input type="checkbox"/> Pkg/Tolls
	<input type="checkbox"/> Taxi
	<input type="checkbox"/> Lodging
	<input type="checkbox"/> Meals
Specify "Other" expenses:	
<input type="checkbox"/> Other	



## Cómo llenar el formulario OWCP 957B de reembolso de gastos de viaje: gastos

9. Complete un bloque distinto para cada centro médico, farmacia, terapeuta, etc. visitado.

a. Si condujo o lo llevaron en un coche particular, en el campo **Total miles traveled (total de millas recorridas)** introduzca el número de millas para el reembolso del millaje.

**Nota:** A los reclamantes se les reembolsa por milla y no en base a un recibo de gasolina. Asegúrese de que sus millas incluyan solamente números enteros y no decimales. (**Por ejemplo:** si viajó 9.2 millas, introduzca 9 millas).

b. En el campo **Other travel expenses (otros gastos de viaje)** seleccione las casillas correspondientes e introduzca el importe en dólares gastado en cada categoría. Adjunte los recibos de cada concepto. Si utiliza la casilla "Other" (otros), indique el nombre del artículo en la línea situada debajo de la casilla.

**Nota:** Si utiliza la casilla "Other" (otros), indique el costo real y especifique el tipo de gasto en el campo **Specify "Other" (especificar "otros")** gastos.

9. CLAIMANT'S TRAVEL EXPENSE REIMBURSEMENT REQUEST	
Date:	
From:	<input type="checkbox"/> One-way <input type="checkbox"/> Round trip
To:	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Medical Appt. <input type="checkbox"/> Therapy/Rehab <input type="checkbox"/> Pharmacy <input type="checkbox"/> Med. Supply <input type="checkbox"/> Other
Total miles traveled (Private auto only):	
Other travel expenses: (Attach receipts for each listed expense)	<input type="checkbox"/> Train
	<input type="checkbox"/> Bus
	<input type="checkbox"/> Pkg/Tolls
	<input type="checkbox"/> Taxi
	<input type="checkbox"/> Lodging
	<input type="checkbox"/> Meals
Specify "Other" expenses:	
<input type="checkbox"/> Other	

## Cómo llenar el formulario OWCP 957B de reembolso de gastos de viaje: gastos

### Solo para uso de pulmón negro:

El médico debe llenar esta sección. Solamente se puede seleccionar una casilla para describir el motivo de los servicios prestados.

- Tratamiento para pulmón negro
- No relacionado con el pulmón negro
- Pruebas de diagnóstico para pulmón negro

El médico debe introducir los detalles del diagnóstico que representen el motivo del tratamiento y, a continuación, firmar y fechar el formulario.

For Black Lung Use Only	
DOL USE ONLY	CARE RENDERED
<b>TOS/Procedure Code</b> ----- \$ ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- <b>Total \$</b> -----	<b>To be completed by Physician:</b> (Mark one box only) <input type="checkbox"/> Treatment for Black Lung <input type="checkbox"/> Not Black Lung Related <input type="checkbox"/> Determination Testing for Black Lung  _____ Diagnosis  _____ Signature of Physician  _____ Date Care Rendered

No complete esta columna. Es para uso exclusivo del DOL.

## Cómo llenar el formulario OWCP 957B de reembolso de gastos de viaje: gastos

**Nota:** Las secciones no pueden llenarse parcialmente. Utilice una nueva sección para cada fecha de servicio (DOS).

La persona que solicita el reembolso debe firmar e introducir la fecha. La fecha debe ser igual o posterior a la última fecha de viaje.

Payee's Certification: I certify that the information provided is true and accurate to the best of my knowledge and belief. I am aware that any person who knowingly makes any false statement, misrepresentation, concealment of fact, or any other act of fraud, to obtain reimbursement as provided by the OWCP, or who knowingly accepts reimbursement to which that person is not entitled is subject to civil or administrative remedies as well as criminal prosecution and may, under appropriate criminal provisions, be punished by a fine or imprisonment, or both. In addition, a state or federal criminal conviction for OWCP fraud will result in termination of all current and future OWCP benefits.

**10. Claimant's/Payee's Signature:**

Date:

Form OWCP-957 Part B  
November 2023

## Requisitos para el reembolso de los formularios OWCP 957A y 957B

Se requieren recibos originales de alojamiento, pasajes aéreos, alquiler de coche y cualquier otro gasto que supere los \$75.

El apellido del reclamante y el número de reclamo del OWCP deben figurar en los anexos presentados. Asegúrese de guardar una copia para sus registros.

### **Reclamantes de pulmón negro:**

- Los gastos de viaje del minero son reembolsables
- El alojamiento o los viajes que superen las 100 millas de ida o las 200 millas de ida y vuelta requieren autorización previa de la oficina de distrito
- Los viajes para recoger medicamentos, equipos o suministros no son reembolsables

### **Reclamantes de energía:**

- El alojamiento o los viajes que superen las 100 millas de ida o las 200 millas de ida y vuelta requieren autorización previa de la oficina de distrito
- El reembolso de viajes de acompañantes requiere autorización previa de la oficina de distrito

### **Reclamantes de la DFEC:**

- Las comidas, el alojamiento y los viajes que superen las 100 millas de ida y vuelta requieren la autorización previa de la oficina de distrito

# ¡Ya puede presentar su solicitud de reembolso!

Los reembolsos de los reclamantes pueden enviarse por correo a:

- 1** **Division of Federal Employees' Compensation Act (FECA)**  
PO Box 8300 London, KY  
40742-8300
- 2** **Division of Energy Employees Occupational Illness Compensation (DEEOIC)**  
PO Box 8304  
London, KY 40742-8304
- 3** **Division of Coal Mine Workers' Compensation (DCMWC)**  
PO Box 8302  
London, KY 40742-8302

**Nota:** Si su factura no se procesa en un plazo de 28 días, comuníquese con un especialista de servicio de atención al cliente.

¡Gracias!

Acentra Health espera ser el nuevo agente de procesamiento de facturas médicas para los programas del OWCP y trabajar con cada uno de ustedes.

---

[Correo electrónico: CNSIOWCPOutreach@cns-inc.com](mailto:CNSIOWCPOutreach@cns-inc.com)

Centro de atención telefónica:

Division of Federal Employees' Compensation  
(DFEC) 1-844-493-1966

Division of Energy Employees  
Occupational Illness Compensation  
(DEEOIC) 1-866-272-2682

Division of Coal Mine Workers' Compensation  
(DCMWC) 1-800-638-7072