



Formulario Interactivo CMS-1500 (02/12)

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM COMMITTEE (NUCC 0175)

Item 1 - Type of Health Insurance
 Muestra el tipo de cobertura de seguro de salud aplicable a esta reclamación mediante la casilla debidamente marcada; marque la casilla de Medicare.
 837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2000B
 • Segment/Data Element - SBR09

Callout Box: Rollover Area

Form Labels: MEDICARE, MEDICAID, OTHER, PATIENT'S NAME, INSURED'S NAME, OTHER INSURED'S NAME, RECEIVED FOR NUCC, RECEIVED FOR SUPPLIER INFORMATION, FEDERAL TAX ID NUMBER, PATIENT'S ACCOUNT NO., PROVIDER'S FACILITY LOCATION INFORMATION, TOTAL CHARGE, AMOUNT PAID, NET AMOUNT FOR NUCC USE.

Item 1 - Type of Health Insurance

Muestra el tipo de cobertura de seguro de salud aplicable a esta reclamación mediante la casilla debidamente marcada; marque la casilla de Medicare.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2000B
- Segment/Data Element - SBR09

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM COMMITTEE (NUCC) 01/12

Item 1a - Insured's ID Number
 Ingrese la identificación de Medicare del paciente si Medicare es el pagador primario o secundario. Este es un campo obligatorio.
 837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2010BA
 • Segment/Data Element - NM109

Ítem 1a - Insured's ID Number

Ingrese la identificación de Medicare del paciente si Medicare es el pagador primario o secundario. Este es un campo obligatorio.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2010BA
- Segment/Data Element - NM109

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM COMMITTEE (NUCC) 03/15

Item 2 - Patient's Name
Ingrese el apellido, el nombre y la inicial del segundo nombre del paciente, si corresponde, como se muestra en la tarjeta de Medicare del paciente. Este es un campo obligatorio.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2010CA or 2010BA
- Segment/Data Element:
 - NM103
 - NM104
 - NM105
 - NM107

Item 2 - Patient's Name

Ingrese el apellido, el nombre y la inicial del segundo nombre del paciente, si corresponde, como se muestra en la tarjeta de Medicare del paciente. Este es un campo obligatorio.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2010CA or 2010BA
- Segment/Data Element:
 - NM103
 - NM104
 - NM105
 - NM107

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM COMMITTEE (NUCC 01/15)

Item 3 - Patient's Birth Date & Sex
 Ingrese la fecha de nacimiento de 8 dígitos del paciente (MM | DD | CCYY) y sexo.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2010CA or 2010BA
- Segment/Data Element:
 - DMG02
 - DMG03

The form includes sections for: CARRIER, PATIENT AND INSURED INFORMATION, PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION, and various data fields for patient details, insurance information, and provider data.

Item 3 - Patient's Birth Date & Sex

Ingrese la fecha de nacimiento de 8 dígitos del paciente (MM | DD | CCYY) y sexo.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2010CA or 2010BA
- Segment/Data Element:
 - DMG02
 - DMG03

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIMS COMMITTEE (NUCC) 03/11

Item 4 - Insured's Name

Si hay un seguro primario para Medicare, ya sea a través del empleo del paciente o del cónyuge o de cualquier otra fuente, escriba el nombre del asegurado aquí. Cuando el asegurado y el paciente son iguales, ingrese la palabra MISMO. Si Medicare es primario, déjelo en blanco.

837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2010BA
 • Segment/Data Element:
 - NM103
 - NM104
 - NM105
 - NM107

Item 4 - Insured's Name

Si hay un seguro primario para Medicare, ya sea a través del empleo del paciente o del cónyuge o de cualquier otra fuente, escriba el nombre del asegurado aquí. Cuando el asegurado y el paciente son iguales, ingrese la palabra MISMO. Si Medicare es primario, déjelo en blanco.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2010BA
- Segment/Data Element:
 - NM103
 - NM104
 - NM105
 - NM107

Ítem 5 - Patient's Address

Ingrese la dirección postal y el número de teléfono del paciente. En la primera línea ingrese la dirección de la calle; la segunda línea, la ciudad y el estado; la tercera línea, el código postal y el número de teléfono.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2010CA
- Segment/Data Element:
 - N302
 - N401
 - N402
 - N403

Ítem 6 - Patient Relationship to Insured

Marque la casilla correspondiente para la relación del paciente con el asegurado cuando se complete el elemento 4.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2000B
- Segment/Data Element:
 - SBR02
- Loop ID 2000C
- Segment/Data Element:
 - PAT01

Ítem 7 - Insured's Address

Ingrese la dirección y el número de teléfono del asegurado. Cuando la dirección es la misma que la del paciente, ingrese la palabra MISMO. Complete este elemento solo cuando se completen los elementos 4, 6 y 11.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2010BA
- Segment/Data Element:
 - N301
 - N302
 - N401
 - N402
 - N403

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
APPROVED BY THE NATIONAL UNIFORM CLAIMS CODES (NUCC) IN 2012

Item 8 - Reserved for NUCC Use (previously Patient Status)
 Dejar en blanco.
 837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID N/A
 • Segment/Data Element:
 - N/A

Item 8 - Reserved for NUCC Use (previously Patient Status)

Dejar en blanco.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID N/A
- Segment/Data Element:
 - N/A

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIMS COMMITTEE (NUCC) 01/18

Item 9 - Other Insured's Name

Ingrese el apellido, el nombre y la inicial del segundo nombre del afiliado en una póliza Medigap si es diferente de la que se muestra en el elemento 2. De lo contrario, ingrese la palabra MISMO. Si no se asignan beneficios de Medigap, deje en blanco. Este campo puede usarse en el futuro para planes de seguro complementarios.

NOTA: Solo los médicos y proveedores participantes deben completar el ítem 9 y sus subdivisiones y solo cuando el beneficiario desea asignar sus beneficios bajo una política de MEDIGAP al médico o proveedor participante.

Medigap - La póliza Medigap cumple con la definición legal de una "póliza complementaria de Medicare". Es una póliza de seguro de salud u otro plan de beneficios de salud ofrecido por una entidad privada a aquellas personas con derecho a beneficios de Medicare y está específicamente diseñado para complementar los beneficios de Medicare.

No incluya otra cobertura suplementaria en el ítem 9 y sus subdivisiones al momento de presentar un reclamo de Medicare. Otros reclamos suplementarios se envían automáticamente al asegurador privado si el asegurador privado contrata con A / B MAC (B) o DME MAC para enviar información de reclamaciones de Medicare electrónicamente. Si no existe dicho contrato, el beneficiario debe presentar su propia reclamación suplementaria.

837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2330A
 • Segment/Data Element:
 - NM103
 - NM104
 - NM105
 - NM107

Ítem 9 - Other Insured's Name

Ingrese el apellido, el nombre y la inicial del segundo nombre del afiliado en una póliza Medigap si es diferente de la que se muestra en el elemento 2. De lo contrario, ingrese la palabra MISMO. Si no se asignan beneficios de Medigap, deje en blanco. Este campo puede usarse en el futuro para planes de seguro complementarios.

NOTA: Solo los médicos y proveedores participantes deben completar el ítem 9 y sus subdivisiones y solo cuando el beneficiario desea asignar sus beneficios bajo una política de MEDIGAP al médico o proveedor participante.

Medigap - La póliza Medigap cumple con la definición legal de una "póliza complementaria de Medicare". Es una póliza de seguro de salud u otro plan de beneficios de salud ofrecido por una entidad privada a aquellas personas con derecho a beneficios de Medicare y está específicamente diseñado para complementar los beneficios de Medicare.

No incluya otra cobertura suplementaria en el ítem 9 y sus subdivisiones al momento de presentar un reclamo de Medicare. Otros reclamos suplementarios se envían automáticamente al asegurador privado si el asegurador privado contrata con A / B MAC (B) o DME MAC para enviar información de reclamaciones de Medicare electrónicamente. Si no existe dicho contrato, el beneficiario debe presentar su propia reclamación suplementaria.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2330^a
- Segment/Data Element:
 - NM103
 - NM104
 - NM105
 - NM107

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM COMMITTEE INVOICED DATE: _____

Item 9a - Other Insured's Policy or Group Number
 Ingrese la póliza y / o el número de grupo del asegurado Medigap precedido por MEDIGAP, MG o MGAP.
 NOTA: El ítem 9d debe completarse, incluso cuando el proveedor ingrese una póliza y / o un número de grupo en el ítem 9a.

837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2320
 • Segment/Data Element:
 - SBR03

Ítem 9a - Other Insured's Policy or Group Number

Ingrese la póliza y / o el número de grupo del asegurado Medigap precedido por MEDIGAP, MG o MGAP.

NOTA: El ítem 9d debe completarse, incluso cuando el proveedor ingrese una póliza y / o un número de grupo en el ítem 9a.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2320
- Segment/Data Element:
 - SBR03

The image shows a standard Health Insurance Claim Form (NUCC Form 1500) with a blue callout box highlighting Item 9b. The callout box contains the following text:

Item 9b - Reserved for NUCC Use (previously Other Insured's Date of Birth, Sex)

Dejar en blanco.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID N/A
- Segment/Data Element:
 - N/A

Item 9b - Reserved for NUCC Use (previously Other Insured's Date of Birth, Sex)

Dejar en blanco.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID N/A
- Segment/Data Element:
 - N/A

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL LABORERS CLIMATE COMMITTEE NUCC 0212

Item 9c - Reserved for NUCC Use (previously Employer's Name or School Name)

Deje en blanco si se completa el elemento 9d. De lo contrario, ingrese la dirección de procesamiento de reclamaciones de la aseguradora Medigap. Use una dirección abreviada, un código postal de dos letras y un código postal copiado de la tarjeta de identificación Medigap del asegurado Medigap. Por ejemplo:
 1257 Anywhere Street
 Baltimore, MD 21204
 se muestra como "1257 Anywhere St. MD 21204."

837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID N/A
 • Segment/Data Element:
 - N/A

Ítem 9c - Reserved for NUCC Use (previously Employer's Name or School Name)

Deje en blanco si se completa el elemento 9d. De lo contrario, ingrese la dirección de procesamiento de reclamaciones de la aseguradora Medigap. Use una dirección abreviada, un código postal de dos letras y un código postal copiado de la tarjeta de identificación Medigap del asegurado Medigap. Por ejemplo:

1257 Anywhere Street
 Baltimore, MD 21204

se muestra como "1257 Anywhere St. MD 21204."

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID N/A
- Segment/Data Element:
 - N/A

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL SEMINOLE CLM COMMITTEE IN JUNE 2016

Item 9d - Insurance Plan Name or Program Name
 Ingrese el identificador basado en Ingrese el Identificador de Identificación (ID) basado en el Acuerdo de Coordinación de Beneficios (COBA). Consulte el capítulo 28, sección 70.6.4, del Manual de procesamie. Consulte el capítulo 28, sección 70.6.4, del Manual de procesamiento de reclamaciones de Medicare para obtener más información.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2320
- Segment/Data Element: SBR04

PLEASE PRINT OR TYPE

Ítem 9d - Insurance Plan Name or Program Name

Ingrese el identificador basado en Ingrese el Identificador de Identificación (ID) basado en el Acuerdo de Coordinación de Beneficios (COBA). Consulte el capítulo 28, sección 70.6.4, del Manual de procesamie. Consulte el capítulo 28, sección 70.6.4, del Manual de procesamiento de reclamaciones de Medicare para obtener más información.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2320
- Segment/Data Element:
 - SBR04

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL UNION CLAIM COMMITTEE NUCC 03/21

Item 10a through 10c - Is Patient's Condition Related to: Employment, Auto Accident, Other Accident

Marque "SÍ" o "NO" para indicar si el empleo, la responsabilidad del automóvil u otro tipo de accidente se aplica a uno o más de los servicios descritos en el punto 24. Ingrese el código postal del estado. Cualquier elemento marcado "SÍ" indica que puede haber otro seguro primario para Medicare. Identifique la información del seguro primario en el ítem 11.

837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2300 (Items 10a - 10c)
 • Segment/Data Element:
 - CLM11 (Items 10a - 10c)

Item 10a through 10c - Is Patient's Condition Related to: Employment, Auto Accident, Other Accident

Marque "SÍ" o "NO" para indicar si el empleo, la responsabilidad del automóvil u otro tipo de accidente se aplica a uno o más de los servicios descritos en el punto 24. Ingrese el código postal del estado. Cualquier elemento marcado "SÍ" indica que puede haber otro seguro primario para Medicare. Identifique la información del seguro primario en el ítem 11.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300 (Items 10a - 10c)
- Segment/Data Element:
 - CLM11 (Items 10a - 10c)

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL UNION OF HEALTH CARE WORKERS (NUHCW) 10/2013

Item 10d - Claim Codes (previously Reserved for Local Use)
 Use este artículo exclusivamente para información de Medicaid (MCD). Si el paciente tiene derecho a Medicaid, ingrese el número de Medicaid del paciente precedido por MCD.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - HI

NUHCW Instruction Manual available at: www.nuhcw.com PLEASE PRINT OR TYPE APPROVED FORM 10/2013 1107 FORM 1000 08/14

Item 10d - Claim Codes (previously Reserved for Local Use)

Use este artículo exclusivamente para información de Medicaid (MCD). Si el paciente tiene derecho a Medicaid, ingrese el número de Medicaid del paciente precedido por MCD.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - HI

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL MEDICAL ASSOCIATION COMMITTEE IN 2002 (10)

Item 11 - Insured's Policy, Group, or FECA Number

ESTE ÍTEM DEBE COMPLETARSE. ES UN CAMPO REQUERIDO. AL COMPLETAR ESTE ÍTEM, EL MÉDICO / PROVEEDOR RECONOCE HABER REALIZADO UN ESFUERZO DE BUENA FE PARA DETERMINAR SI MEDICARE ES EL PAGADOR PRIMARIO O SECUNDARIO.

Si hay un seguro primario para Medicare, ingrese la póliza del asegurado o el número de grupo y continúe con los puntos 11a - 11c. Los ítems 4, 6 y 7 también deben completarse.

Para que una reclamación en papel se considere para los beneficios de MSP, se debe enviar una copia de la notificación de explicación de beneficios (EOB) del pagador primario junto con el formulario de reclamación.

Nota: Ingrese la palabra NINGUNO si Medicare es primario.

837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2000B
 • Segment/Data Element:
 - SBR03

Item 11 - Insured's Policy, Group, or FECA Number

ESTE ÍTEM DEBE COMPLETARSE, ES UN CAMPO REQUERIDO. AL COMPLETAR ESTE ÍTEM, EL MÉDICO / PROVEEDOR RECONOCE HABER REALIZADO UN ESFUERZO DE BUENA FE PARA DETERMINAR SI MEDICARE ES EL PAGADOR PRIMARIO O SECUNDARIO.

Si hay un seguro primario para Medicare, ingrese la póliza del asegurado o el número de grupo y continúe con los puntos 11a - 11c. Los ítems 4, 6 y 7 también deben completarse.

Para que una reclamación en papel se considere para los beneficios de MSP, se debe enviar una copia de la notificación de explicación de beneficios (EOB) del pagador primario junto con el formulario de reclamación.

Nota: Ingrese la palabra NINGUNO si Medicare es primario.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2000B
- Segment/Data Element:
 - SBR03

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL SURVIVAL QUALITY COMMITTEE IN 2002 (2012)

Item 11a - Insured's Date of Birth, Sex
 Ingrese la fecha de nacimiento de 8 dígitos del asegurado (MM | DD | CCYY) y el sexo si es diferente del ítem 3.
 837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2010BA
 • Segment/Data Element:
 - DMG02
 - DMG03

Rollover Area

PLEASE PRINT OR TYPE

Item 11a - Insured's Date of Birth, Sex

Ingrese la fecha de nacimiento de 8 dígitos del asegurado (MM | DD | CCYY) y el sexo si es diferente del ítem 3.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2010BA
- Segment/Data Element:
 - DMG02
 - DMG03

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
APPROVED BY NATIONAL UNION OF HEALTH CARE WORKERS (NUHCW 5712)

Item 11b - Other Claim ID (previously Insured's Employer Name or School Name)

Versión del formulario 08/05: Ingrese el nombre del empleador, si corresponde. Si hay un cambio en el estado del seguro del asegurado, por ejemplo, jubilado, ingrese una fecha de retiro de 6 dígitos (MM | DD | AA) u 8 dígitos (MM | DD | CCYY) precedida por la palabra "RETIRADO".

Nota: Debe elegir el mismo formato de fecha para los elementos 11b, 14, 16, 18, 19 y 24a.

Versión del formulario 02/12: proporcione esta información a la derecha de la línea de puntos vertical.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2010BA
- Segment/Data Element:
 - REF01
 - REF02

Rollover Area

Ítem 11b - Other Claim ID (previously Insured's Employer Name or School Name)

Versión del formulario 08/05: Ingrese el nombre del empleador, si corresponde. Si hay un cambio en el estado del seguro del asegurado, por ejemplo, jubilado, ingrese una fecha de retiro de 6 dígitos (MM | DD | AA) u 8 dígitos (MM | DD | CCYY) precedida por la palabra "RETIRADO".

Nota: Debe elegir el mismo formato de fecha para los elementos 11b, 14, 16, 18, 19 y 24a.

Versión del formulario 02/12: proporcione esta información a la derecha de la línea de puntos vertical.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2010BA
- Segment/Data Element:
 - REF01
 - REF02

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY MEDICAL SERVICE CLAIMS COMMITTEE 2/20/2012

Item 11c - Insurance Plan Name or Program Name
 Ingrese el número PAYERID de 9 dígitos de la aseguradora principal. Si no existe un número PAYERID, ingrese el programa completo del pagador primario o el nombre del plan. Si el EOB del pagador primario no contiene la dirección de procesamiento de reclamos, registre la dirección de procesamiento de reclamos del pagador primario directamente en el EOB. Esto se requiere si hay un seguro primario para Medicare que se indica en el ítem 11.

837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2000B
 • Segment/Data Element:
 - SBR04

Item 11c - Insurance Plan Name or Program Name

Ingrese el número PAYERID de 9 dígitos de la aseguradora principal. Si no existe un número PAYERID, ingrese el programa completo del pagador primario o el nombre del plan. Si el EOB del pagador primario no contiene la dirección de procesamiento de reclamos, registre la dirección de procesamiento de reclamos del pagador primario directamente en el EOB. Esto se requiere si hay un seguro primario para Medicare que se indica en el ítem 11.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2000B
- Segment/Data Element:
 - SBR04

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL UNION OF PUBLIC EMPLOYEES (NUPE) 03/15/20

Item 11d - Is there another Health Benefit Plan?
 Dejar en blanco. No es requerido por Medicare.
 837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2320
 • Segment/Data Element:
 - N/A

Item 11d - Is there another Health Benefit Plan?

Dejar en blanco. No es requerido por Medicare.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2320
- Segment/Data Element:
 - N/A

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL MEDICAL SUPPORT CLAIMS COMMITTEE (NMSC) 03/18

Item 12 - Patient's or Authorized Person's Signature

El paciente o el representante autorizado debe firmar e ingresar una fecha de 6 dígitos (MM | DD | AA), una fecha de 8 dígitos (MM | DD | CCYY) o una fecha alfanumérica (e.g., 1 de enero de 1998) a menos que la firma está en el archivo. En lugar de firmar la reclamación, el paciente puede firmar una declaración que se retendrá en el archivo del proveedor, médico o proveedor de acuerdo con el Capítulo 1, "General Billing Requirements." Si el paciente no puede firmar física o mentalmente, un representante especificado en el capítulo 1 puede firmar en nombre del paciente. En este caso, la línea de firma de la declaración debe indicar el nombre del paciente seguido de "por" el nombre del representante, la relación con el paciente y la razón por la cual el paciente no puede firmar. La autorización es efectiva indefinidamente a menos que el paciente o el representante del paciente revoque este acuerdo.

NOTA: Esto puede ser "Firma en archivo" y / o una firma generada por computadora.

837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2300
 • Segment/Data Element:
 - CLM09

Item 12 - Patient's or Authorized Person's Signature

El paciente o el representante autorizado debe firmar e ingresar una fecha de 6 dígitos (MM | DD | AA), una fecha de 8 dígitos (MM | DD | CCYY) o una fecha alfanumérica (e.g., 1 de enero de 1998) a menos que la firma está en el archivo. En lugar de firmar la reclamación, el paciente puede firmar una declaración que se retendrá en el archivo del proveedor, médico o proveedor de acuerdo con el Capítulo 1, "General Billing Requirements." Si el paciente no puede firmar física o mentalmente, un representante especificado en el capítulo 1 puede firmar en nombre del paciente. En este caso, la línea de firma de la declaración debe indicar el nombre del paciente seguido de "por" el nombre del representante, la relación con el paciente y la razón por la cual el paciente no puede firmar. La autorización es efectiva indefinidamente a menos que el paciente o el representante del paciente revoque este acuerdo.

NOTA: Esto puede ser "Firma en archivo" y / o una firma generada por computadora.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - CLM09

Item 13 - Insured's or Authorized Persons Signature

El paciente o su representante autorizado firma este ítem o la firma debe estar archivada por separado con el proveedor como una autorización. Sin embargo, no se requiere la firma del paciente o una "firma en el archivo" para que se realice el pago de Medicare.

La presencia o falta de una firma o "firma en el archivo" en este campo se indicará como tal a cualquier coordinación de los socios comerciales de beneficios (aseguradores suplementarios) con quienes CMS tiene una relación de coordinación de beneficios de pagador a pagador. Medicare no tiene control sobre cómo se procesan las reclamaciones suplementarias, por lo que es importante que los proveedores aborden con precisión este campo, ya que puede afectar los pagos complementarios a los proveedores y / o sus pacientes.

Además, la firma en este ítem autoriza el pago de los beneficios obligatorios de Medigap al médico o proveedor participante si la información requerida de Medigap se incluye en el ítem 9 y sus subdivisiones. El paciente o su representante autorizado firma este ítem o la firma debe estar archivada como una autorización de Medigap por separado. La asignación de Medigap en el archivo del proveedor de servicios participante / oficina del proveedor debe ser específica de la aseguradora. Puede indicar que la autorización se aplica a todas las ocasiones de servicio hasta que se revoque.

1
2
3
4
5
6

NOTA: Puede ser la firma "Firma en el archivo" y / o una firma generada por computadora.

837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID: 2300
 • Segment/Data Element:
 - CLM08

Ítem 13 - Insured's or Authorized Persons Signature

El paciente o su representante autorizado firma este ítem o la firma debe estar archivada por separado con el proveedor como una autorización. Sin embargo, no se requiere la firma del paciente o una "firma en el archivo" para que se realice el pago de Medicare.

La presencia o falta de una firma o "firma en el archivo" en este campo se indicará como tal a cualquier coordinación de los socios comerciales de beneficios (aseguradores suplementarios) con quienes CMS tiene una relación de coordinación de beneficios de pagador a pagador. Medicare no tiene control sobre cómo se procesan las reclamaciones suplementarias, por lo que es importante que los proveedores aborden con precisión este campo, ya que puede afectar los pagos complementarios a los proveedores y / o sus pacientes.

Además, la firma en este ítem autoriza el pago de los beneficios obligatorios de Medigap al médico o proveedor participante si la información requerida de Medigap se incluye en el ítem 9 y sus subdivisiones. El paciente o su representante autorizado firma este ítem o la firma debe estar archivada como una autorización de Medigap por separado. La asignación de Medigap en el archivo del proveedor de servicios participante / oficina del proveedor debe ser específica de la aseguradora. Puede indicar que la autorización se aplica a todas las ocasiones de servicio hasta que se revoque.

NOTA: Puede ser la firma "Firma en el archivo" y / o una firma generada por computadora.

837P Professional Version 5010/5010A1:

First Coast Service Options

April 19, 2024

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - CLM08

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
APPROVED BY NATIONAL ASSOCIATION OF INSURANCE BROKERS

Item 14 - Date of Current Illness, Injury, Pregnancy (LMP)

Ingrese una fecha de 8 dígitos (MM | DD | CCYY) o de 6 dígitos (MM | DD | AA) de la enfermedad, lesión o embarazo actual. Para los servicios quiroprácticos, ingrese una fecha de 8 dígitos (MM | DD | CCYY) o 6 dígitos (MM | DD | AA) del inicio del curso del tratamiento e ingrese una cifra de 8 dígitos (MM | DD | CCYY) o fecha de 6 dígitos (MM | DD | AA) en el ítem 19.

Nota: Debe elegir el mismo formato de fecha para los ítems 11b, 14, 16, 18, 19 y 24a.

Información adicional para la versión del formulario 02/12: aunque esta versión del formulario incluye espacio para un calificador, Medicare no utiliza esta información; no ingrese un calificador en el elemento 14.

837P Professional Version 5010/5010A1:
 ● Loop ID 2300
 ● Segment/Data Element:
 - DTP01
 - DTP03

Ítem 14 - Date of Current Illness, Injury, Pregnancy (LMP)

Ingrese una fecha de 8 dígitos (MM | DD | CCYY) o de 6 dígitos (MM | DD | AA) de la enfermedad, lesión o embarazo actual. Para los servicios quiroprácticos, ingrese una fecha de 8 dígitos (MM | DD | CCYY) o 6 dígitos (MM | DD | AA) del inicio del curso del tratamiento e ingrese una cifra de 8 dígitos (MM | DD | CCYY) o fecha de 6 dígitos (MM | DD | AA) en el ítem 19.

Nota: Debe elegir el mismo formato de fecha para los ítems 11b, 14, 16, 18, 19 y 24a.

Información adicional para la versión del formulario 02/12: aunque esta versión del formulario incluye espacio para un calificador, Medicare no utiliza esta información; no ingrese un calificador en el elemento 14.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - DTP01
 - DTP03

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL MEDICAL CLAIMS COMMITTEE IN 2003/07/12

Item 15 - Other Date (previously If Patient Has Had Same or Similar Illness)
 Dejar en blanco.
 837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2300
 • Segment/Data Element:
 - DTP01
 - DTP03

Rollover Area

Item 15 - Other Date (previously If Patient Has Had Same or Similar Illness)

Dejar en blanco.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - DTP01
 - DTP03

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL UNION CLAIM COMMITTEE (NUCC) 03/12

Item 16 - Dates Patient Unable to Work in Current Occupation
 Si el paciente está empleado y no puede trabajar en su ocupación actual, ingrese una fecha de 8 dígitos (MM | DD | CCYY) o 6 dígitos (MM | DD | AA) cuando el paciente no pueda trabajar. Una entrada en este campo puede indicar cobertura de seguro relacionada con el empleo.

Note: Debe elegir el mismo formato de fecha para los elementos 11b, 14, 16, 18, 19 y 24a.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element: DTP03

Item 16 - Dates Patient Unable to Work in Current Occupation

Si el paciente está empleado y no puede trabajar en su ocupación actual, ingrese una fecha de 8 dígitos (MM | DD | CCYY) o 6 dígitos (MM | DD | AA) cuando el paciente no pueda trabajar. Una entrada en este campo puede indicar cobertura de seguro relacionada con el empleo.

Note: Debe elegir el mismo formato de fecha para los elementos 11b, 14, 16, 18, 19 y 24a.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - DTP03

Item 17 - Name of Referring Provider or Other Source

Ingrese el nombre del médico remitente y uno de los calificadores a continuación (a la izquierda de la línea vertical punteada) para identificar el papel que desempeña el médico (o profesional de la salud):

- DN - Proveedor que refiere
- DK - Proveedor que ordena
- DQ - Proveedor que supervisa

Nota: Cuando una reclamación involucra múltiples médicos de referencia, orden o supervisión, use un formulario de reclamación CMS-1500 por separado para cada médico que ordena, refiere o supervisa.

Los ejemplos de servicios que pueden solicitarse incluyen pruebas de laboratorio de diagnóstico, pruebas de laboratorio clínico, servicios farmacéuticos, equipo médico duradero y servicios relacionados con el servicio de ese médico o profesional de la salud.

Todas las reclamaciones para servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o patología del habla y el lenguaje, incluidos los proporcionados a un médico o profesional de la salud, se requiere que se ingrese el nombre y el NPI del médico certificador o profesional de la salud del plan de atención terapéutica como el médico remitente en los puntos 17 y 17b.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2310A (Referring), 2310D (Supervising), 2420E (Ordering)
- Segment/Data Element:
 - NM101
 - NM103
 - NM104
 - NM105
 - NM107

Ítem 17 - Name of Referring Provider or Other Source

Ingrese el nombre del médico remitente y uno de los calificadores a continuación (a la izquierda de la línea vertical punteada) para identificar el papel que desempeña el médico (o profesional de la salud):

- DN - Proveedor que refiere
- DK - Proveedor que ordena
- DQ - Proveedor que supervisa

Nota: Cuando una reclamación involucra múltiples médicos de referencia, orden o supervisión, use un formulario de reclamación CMS-1500 por separado para cada médico que ordena, refiere o supervisa.

Los ejemplos de servicios que pueden solicitarse incluyen pruebas de laboratorio de diagnóstico, pruebas de laboratorio clínico, servicios farmacéuticos, equipo médico duradero y servicios relacionados con el servicio de ese médico o profesional de la salud.

Todas las reclamaciones para servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o patología del habla y el lenguaje, incluidos los proporcionados a un médico o profesional de la salud, se requiere que se ingrese el nombre y el NPI del médico certificador o profesional de la salud del plan de atención terapéutica como el médico remitente en los puntos 17 y 17b.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2310A (Referring), 2310D (Supervising), 2420E (Ordering)

First Coast Service Options

April 19, 2024

- Segment/Data Element:
 - NM101
 - NM103
 - NM104
 - NM105
 - NM107

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
APPROVED BY NATIONAL BUSINESS GROUP COMMITTEE (NBGC) 01/21

Item 17a - Other ID#
 Dejar en blanco.
 837P Professional Version 5010/5010A1:
 ● Loop ID 2310A (Referring), 2310D (Supervising), 2420E (Ordering)
 ● Segment/Data Element:
 - REF01
 - REF02

Ítem 17a - Other ID#

Dejar en blanco.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2310A (Referring), 2310D (Supervising), 2420E (Ordering)
- Segment/Data Element:
 - REF01
 - REF02

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL MEDICAL SUPPORT CENTER (FORM 1000-010)

Item 17b - NPI#
 Ingrese el NPI del médico remitente, encargado o supervisor o profesional de la salud que figura en el ítem 17. Todos los médicos y profesionales de la salud que solicitan servicios o derivan beneficiarios de Medicare deben informar estos datos.
 837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2310A (Referring), 2310D (Supervising), 2420E (Ordering)
 • Segment/Data Element:
 - NM109

Ítem 17b - NPI#

Ingrese el NPI del médico remitente, encargado o supervisor o profesional de la salud que figura en el ítem 17. Todos los médicos y profesionales de la salud que solicitan servicios o derivan beneficiarios de Medicare deben informar estos datos.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2310A (Referring), 2310D (Supervising), 2420E (Ordering)
- Segment/Data Element:
 - NM109

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL ASSOCIATION OF COMPTONER ACCOUNTANTS

Item 18 - Hospitalization Dates Related to Current Services
 Ingrese una fecha de 8 dígitos (MM | DD | CCYY) o una fecha de 6 dígitos (MM | DD | AA) cuando se preste un servicio médico como resultado de, o posterior a, una hospitalización relacionada.
 Nota: Debe elegir el mismo formato de fecha para los elementos 11b, 14, 16, 18, 19 y 24a.
 837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2300
 • Segment/Data Element:
 - DTP03

Item 18 - Hospitalization Dates Related to Current Services

Ingrese una fecha de 8 dígitos (MM | DD | CCYY) o una fecha de 6 dígitos (MM | DD | AA) cuando se preste un servicio médico como resultado de, o posterior a, una hospitalización relacionada.

Nota: Debe elegir el mismo formato de fecha para los elementos 11b, 14, 16, 18, 19 y 24a.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - DTP03

Item 19 - Additional Claim Information (previously Reserved for Local Use)

Ingrese información de reclamación adicional en este ítem. Las entradas posibles están debajo:

- Fecha de rayos X para servicios quiroprácticos
- Nombre y dosis del medicamento para medicamentos no clasificados de otra manera (NOC)
- Descripción concisa de un código de procedimiento no listado
- Modificadores aplicables cuando se usa el modificador 99
- Cirugía específica para exámenes dentales
- Demostración ID número 30 para todas las reclamaciones de prueba de tratamiento de enfisema nacional
- Ingrese la fecha en que se vio por última vez al paciente y el NPI del médico tratante que realiza el cuidado de rutina de los pies.
- Ingrese el NPI del médico que realiza el componente técnico o profesional de una prueba de diagnóstico que está sujeto a la limitación de pago contra el margen de ganancia.
- Ingrese la fecha asumida o renunciada para una reclamación global de cirugía cuando los proveedores comparten la atención postoperatoria.

Nota: Debe elegir el mismo formato de 6 dígitos (MM DD AA) u 8 dígitos (MM DD CCYY) para los elementos 11b, 14, 16, 18, 19 y 24A.

Vea CMS IOM Pub 100-04, Chapter 26, Section 10.4 u orientación sobre la finalización del ítem 19.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - NTE
 - PWK
- Loop ID 2310A (Referring), 2310B (Rendering), 2310C (Service Facility), 2310D, (Supervising)
- Segment/Data Element:
 - REF01
 - REF02

Ítem 19 - Additional Claim Information (previously Reserved for Local Use)

Ingrese información de reclamación adicional en este ítem. Las entradas posibles están debajo:

- Fecha de rayos X para servicios quiroprácticos
- Nombre y dosis del medicamento para medicamentos no clasificados de otra manera (NOC)
- Descripción concisa de un código de procedimiento no listado
- Modificadores aplicables cuando se usa el modificador 99
- Cirugía específica para exámenes dentales
- Demostración ID número 30 para todas las reclamaciones de prueba de tratamiento de enfisema nacional
- Ingrese la fecha en que se vio por última vez al paciente y el NPI del médico tratante que realiza el cuidado de rutina de los pies.
- Ingrese el NPI del médico que realiza el componente técnico o profesional de una prueba de diagnóstico que está sujeto a la limitación de pago contra el margen de ganancia.
- Ingrese la fecha asumida o renunciada para una reclamación global de cirugía cuando los proveedores comparten la atención postoperatoria.

Nota: Debe elegir el mismo formato de 6 dígitos (MM DD AA) u 8 dígitos (MM DD CCYY) para los elementos 11b, 14, 16, 18, 19 y 24A.

Vea CMS IOM Pub 100-04, Chapter 26, Section 10.4 u orientación sobre la finalización del ítem 19.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - NTE
 - PWK
- Loop ID 2310A (Referring), 2310B (Rendering), 2310C (Service Facility), 2310D, (Supervising)
- Segment/Data Element:
 - REF01
 - REF02

Ítem 20 - Outside Lab Charges

Complete este ítem cuando facture las pruebas de diagnóstico sujetas a la limitación de pago contra el margen de ganancia. Ingrese el precio de adquisición bajo cargos si se marca el bloque "sí". Una verificación de "sí" indica que una entidad distinta de la entidad que factura por el servicio realizó la prueba de diagnóstico. Una verificación de "no" indica que "no se incluyen pruebas contra el margen de ganancia en la reclamación". Cuando se anota "sí", se debe completar el ítem 32. Al facturar múltiples pruebas contra el margen de ganancia, cada prueba se presentará en un formulario de reclamación CMS-1500 por separado. Se pueden enviar múltiples pruebas contra el margen de ganancia en el formato electrónico ASC X12 837 siempre que se envíe información de nivel de línea apropiada cuando los servicios se prestan en diferentes ubicaciones de instalaciones de servicio.

NOTA: Este es un campo obligatorio cuando la facturación de las pruebas de diagnóstico está sujeta a la limitación de pago contra el margen de ganancia. Vea CMS IOM Pub 100-04, Chapter 1 para obtener información adicional sobre la limitación de pago contra el margen de ganancia.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2400
- Segment/Data Element:
 - PS102

The screenshot shows the ASC X12 837P form with a 'Rollover Area' highlighted. The form includes fields for patient information, service details, and charges. A vertical red line on the right side of the form is labeled 'PATIENT AND ACCOUNT INFORMATION'. The form is titled 'Ítem 20 - Outside Lab Charges' and contains detailed instructions and a note regarding payment limitations.

Ítem 20 - Outside Lab Charges

Complete este ítem cuando facture las pruebas de diagnóstico sujetas a la limitación de pago contra el margen de ganancia. Ingrese el precio de adquisición bajo cargos si se marca el bloque "sí". Una verificación de "sí" indica que una entidad distinta de la entidad que factura por el servicio realizó la prueba de diagnóstico. Una verificación de "no" indica que "no se incluyen pruebas contra el margen de ganancia en la reclamación". Cuando se anota "sí", se debe completar el ítem 32. Al facturar múltiples pruebas contra el margen de ganancia, cada prueba se presentará en un formulario de reclamación CMS-1500 por separado. Se pueden enviar múltiples pruebas contra el margen de ganancia en el formato electrónico ASC X12 837 siempre que se envíe información de nivel de línea apropiada cuando los servicios se prestan en diferentes ubicaciones de instalaciones de servicio.

NOTA: Este es un campo obligatorio cuando la facturación de las pruebas de diagnóstico está sujeta a la limitación de pago contra el margen de ganancia. Vea CMS IOM Pub 100-04, Chapter 1 para obtener información adicional sobre la limitación de pago contra el margen de ganancia.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2400
- Segment/Data Element:
 - PS102

Item 21 - Diagnosis or Nature of Illness or Injury

Ingrese el diagnóstico/condición del paciente. Con la excepción de las reclamaciones presentadas por proveedores de ambulancias (tipo de especialidad 59), todas las especialidades médicas y de los profesionales de la salud (es decir, PA, NP, CNS, CRNA) utilizan códigos de diagnóstico con el nivel más alto de especificidad para la fecha de servicio. Ingrese los diagnósticos en orden de prioridad. Todos los diagnósticos narrativos para especialidades de los profesionales de la salud se enviarán en un archivo adjunto.

Ingrese hasta 12 códigos de diagnóstico. Tenga en cuenta que esta información aparece líneas opuestas con letras A-L. Relacione las líneas A-L con las líneas de servicio en 24E por la letra de la línea. Use el nivel más alto de especificidad. No proporcione una descripción narrativa en este campo.

Recordatorio: No reporte códigos ICD-10-CM para reclamaciones con fechas de servicio antes de la implementación de ICD-10-CM.

No inserte un punto en el código ICD-9-CM o ICD-10-CM. El "Indicador ICD" identifica el conjunto de códigos ICD que se informa. Ingrese el indicador ICD correspondiente de acuerdo con lo siguiente:

Indicator	Code Set
9	ICD-9-CM diagnosis
0	ICD-10-CM diagnosis

837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2400
 • Segment/Data Element:
 - HI01-2, HI02-2
 - HI03-2, HI04-2
 - HI05-2, HI06-2
 - HI07-2, HI08-2
 - HI09-2, HI10-2
 - HI11-2, HI12-2

Item 21 - Diagnosis or Nature of Illness or Injury

Ingrese el diagnóstico/condición del paciente. Con la excepción de las reclamaciones presentadas por proveedores de ambulancias (tipo de especialidad 59), todas las especialidades médicas y de los profesionales de la salud (es decir, PA, NP, CNS, CRNA) utilizan códigos de diagnóstico con el nivel más alto de especificidad para la fecha de servicio. Ingrese los diagnósticos en orden de prioridad. Todos los diagnósticos narrativos para especialidades de los profesionales de la salud se enviarán en un archivo adjunto.

Ingrese hasta 12 códigos de diagnóstico. Tenga en cuenta que esta información aparece líneas opuestas con letras A-L. Relacione las líneas A-L con las líneas de servicio en 24E por la letra de la línea. Use el nivel más alto de especificidad. No proporcione una descripción narrativa en este campo.

Recordatorio: No reporte códigos ICD-10-CM para reclamaciones con fechas de servicio antes de la implementación de ICD-10-CM.

No inserte un punto en el código ICD-9-CM o ICD-10-CM. El "Indicador ICD" identifica el conjunto de códigos ICD que se informa. Ingrese el indicador ICD correspondiente de acuerdo con lo siguiente:

Indicator	Code Set
9	ICD-9-CM diagnosis
0	ICD-10-CM diagnosis

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - HI01-2, HI02-2
 - HI03-2, HI04-2
 - HI05-2, HI06-2
 - HI07-2, HI08-2
 - HI09-2, HI10-2
 - HI11-2, HI12-2

Item 22 - Diagnosis or Nature of Illness or Injury

Dejar en blanco. No es requerido por Medicare.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - CLM05-3
 - REF02

Item 23 - Prior Authorization Number

- Ingrese el Quality Improvement Organization (QIO) número de autorización previa para aquellos procedimientos que requieren aprobación previa de QIO.
- Ingrese el Investigational Device Exemption (IDE) número cuando se usa un dispositivo de investigación en un ensayo clínico aprobado por la FDA. El número de aprobación posterior a la comercialización también debe colocarse aquí cuando corresponda.
- Para los médicos que realizan servicios de supervisión del plan de atención, ingrese el NPI de la agencia de salud en el hogar (HHA) o el hospicio cuando se factura el código CPT G0181 (HH) o G0182 (Hospicio).
- Ingrese el número de certificación de 10 dígitos Clinical Laboratory Improvement Act (CLIA) para servicios de laboratorio facturados por una entidad que realiza procedimientos cubiertos por CLIA.
- Para reclamación de ambulancia, ingrese el código postal del punto de recogida del viaje de ambulancia cargado.

NOTA: El ítem 23 puede contener solo una condición. Cualquier condición adicional debe informarse en un formulario de reclamación CMS-1500 separado.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - REF02

Ítem 23 - Prior Authorization Number

- Ingrese el Quality Improvement Organization (QIO) número de autorización previa para aquellos procedimientos que requieren aprobación previa de QIO.
- Ingrese el Investigational Device Exemption (IDE) número cuando se usa un dispositivo de investigación en un ensayo clínico aprobado por la FDA. El número de aprobación posterior a la comercialización también debe colocarse aquí cuando corresponda.
- Para los médicos que realizan servicios de supervisión del plan de atención, ingrese el NPI de la agencia de salud en el hogar (HHA) o el hospicio cuando se factura el código CPT G0181 (HH) o G0182 (Hospicio).
- Ingrese el número de certificación de 10 dígitos Clinical Laboratory Improvement Act (CLIA) para servicios de laboratorio facturados por una entidad que realiza procedimientos cubiertos por CLIA.
- Para reclamación de ambulancia, ingrese el código postal del punto de recogida del viaje de ambulancia cargado.

NOTA: El ítem 23 puede contener solo una condición. Cualquier condición adicional debe informarse en un formulario de reclamación CMS-1500 separado.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - REF02

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
APPROVED BY THE NATIONAL UNION OF UNDERWRITERS FOR AUTO/2019

Item 24A - Date(s) of Service
 Ingrese una fecha de 6 u 8 dígitos (MMDDCCYY) para cada procedimiento, servicio o suministro. Cuando se muestran las fechas "desde" y "hasta" para una serie de servicios idénticos, ingrese el número de días o unidades en la columna G. Este es un campo obligatorio. Regrese como no procesable si una fecha de servicio se extiende más de 1 día y no hay una fecha válida "hasta".

Nota: Debe elegir el mismo formato de fecha para los elementos 11b, 14, 16, 18, 19 y 24a.

837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2400B
 • Segment/Data Element:
 - DTP03

Ítem 24A - Date(s) of Service

Ingrese una fecha de 6 u 8 dígitos (MMDDCCYY) para cada procedimiento, servicio o suministro. Cuando se muestran las fechas "desde" y "hasta" para una serie de servicios idénticos, ingrese el número de días o unidades en la columna G. Este es un campo obligatorio. Regrese como no procesable si una fecha de servicio se extiende más de 1 día y no hay una fecha válida "hasta".

Nota: Debe elegir el mismo formato de fecha para los elementos 11b, 14, 16, 18, 19 y 24a.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2400B
- Segment/Data Element:
 - DTP03

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL UNDERWRITERS COMMITTEE (NUCC) 2012

Item 24B - Place of Service

Ingrese los códigos de lugar de servicio apropiados de la lista provista en el CMS IOM Pub 100-04, Chapter 26, Section 10.5 para códigos y definiciones. Identifique la configuración, utilizando un código de lugar de servicio, para cada ítem utilizado o servicio realizado. Este es un campo obligatorio.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - CLM05-1
- Loop ID 2400
- Segment/Data Element:
 - SV105

Ítem 24B - Place of Service

Ingrese los códigos de lugar de servicio apropiados de la lista provista en el CMS IOM Pub 100-04, Chapter 26, Section 10.5 para códigos y definiciones. Identifique la configuración, utilizando un código de lugar de servicio, para cada ítem utilizado o servicio realizado. Este es un campo obligatorio.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - CLM05-1
- Loop ID 2400
- Segment/Data Element:
 - SV105

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
APPROVED BY NATIONAL MEDICAL CLERK ASSOCIATION, AUGUST 2010

Ítem 24C - EMG
No es requerido que los proveedores de Medicare completen este ítem.
837P Professional Version 5010/5010A1:
• Loop ID 2400
• Segment/Data Element:
• SV109

Ítem 24C – EMG

No es requerido que los proveedores de Medicare completen este ítem.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2400
- Segment/Data Element:
 - SV109

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 REVISED BY NATIONAL UNIFORM CLAIMS CENTER (NUCC) 01/01/2012

Item 24D - Procedures, Services, or Supplies

Ingrese los procedimientos, servicios, o suministros utilizando el código CMS Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Cuando corresponda, muestre los modificadores de código HCPCS con el código HCPCS. El formulario de reclamación CMS-1500 tiene la capacidad de capturar hasta cuatro modificadores.

Ingrese el código de procedimiento específico sin una descripción narrativa. Sin embargo, al informar un "código de procedimiento no listado" o un código "no clasificado de otra manera" (NOC), incluya una descripción narrativa en el ítem 19 si se puede dar una descripción coherente dentro de los límites de esa casilla. De lo contrario, se adjuntará un anexo con la reclamación. Este es un campo obligatorio.

La reclamación será devuelta como no procesable si se indica un "código de procedimiento no listado" o un código NOC en el ítem 24d, pero una narración que lo acompaña no está presente en el ítem 19 o en un archivo adjunto.

837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2400
 • Segment/Data Element:
 - SV101 (2-6)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
Rollover Area																																																																																																			

Item 24D - Procedures, Services, or Supplies

Ingrese los procedimientos, servicios, o suministros utilizando el código CMS Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Cuando corresponda, muestre los modificadores de código HCPCS con el código HCPCS. El formulario de reclamación CMS-1500 tiene la capacidad de capturar hasta cuatro modificadores.

Ingrese el código de procedimiento específico sin una descripción narrativa. Sin embargo, al informar un "código de procedimiento no listado" o un código "no clasificado de otra manera" (NOC), incluya una descripción narrativa en el ítem 19 si se puede dar una descripción coherente dentro de los límites de esa casilla. De lo contrario, se adjuntará un anexo con la reclamación. Este es un campo obligatorio.

La reclamación será devuelta como no procesable si se indica un "código de procedimiento no listado" o un código NOC en el ítem 24d, pero una narración que lo acompaña no está presente en el ítem 19 o en un archivo adjunto.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2400
- Segment/Data Element:
 - SV101 (2-6)

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM CENTER (NUCC) 01/02/02

Item 24E - Diagnosis Pointer

La reclamación será devuelta como no procesable si se indica un "código de procedimiento no listado" o un código NOC en el ítem 24d, pero una narración que lo acompaña no está presente en el ítem 19 o en un archivo adjunto.

Si surge una situación en la que se requieren dos o más diagnósticos para un código de procedimiento (e.g., pruebas de Papanicolaou), el proveedor deberá hacer referencia solo a uno de los diagnósticos en el ítem 21.

837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2400
 • Segment/Data Element:
 - SV107 (1-4)

Item 24E - Diagnosis Pointer

La reclamación será devuelta como no procesable si se indica un "código de procedimiento no listado" o un código NOC en el ítem 24d, pero una narración que lo acompaña no está presente en el ítem 19 o en un archivo adjunto.

Si surge una situación en la que se requieren dos o más diagnósticos para un código de procedimiento (e.g., pruebas de Papanicolaou), el proveedor deberá hacer referencia solo a uno de los diagnósticos en el ítem 21.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2400
- Segment/Data Element:
 - SV107 (1-4)

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIMS CODE (NUCC) 01/01/2012

Item 24F - \$ Charges
 Ingrese el cargo por cada servicio listado.
 837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2400
 • Segment/Data Element:
 • SV102

Rollover Area

Item 24F - \$ Charges

Ingrese el cargo por cada servicio listado.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2400
- Segment/Data Element:
 - SV102

Ítem 24G - Days or Units

Ingrese el número de días o unidades. Este campo se usa más comúnmente para múltiples visitas, unidades de suministros, minutos de anestesia o volumen de oxígeno. Si solo se realiza un servicio, se debe ingresar el número 1.

Algunos servicios requieren que el número real o la cantidad facturada se indique claramente en el formulario de reclamación (e.g., suministros de ostomía o urinarios múltiples, dosis de medicamentos o procedimientos de prueba de alergia). Cuando se proporcionan múltiples servicios, ingrese el número real proporcionado.

NOTA: Este campo debe contener un valor numérico apropiado. El MAC A / B (B) debe programar su sistema para que automáticamente establezca la unidad "1" cuando falta la información en este campo para evitar que se regrese como no procesable, excepto en reclamaciones por millaje en ambulancia. Para las reclamaciones por millaje en ambulancia, los contratistas deberán predeterminar automáticamente la unidad "0.1" cuando falten unidades de millaje total en este campo.

Refiérase al CMS IOM Pub 100-04, Chapter 26, 10.4, para información adicional de procesamiento de reclamaciones.

837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2400
 • Segment/Data Element:
 • SV104

1	2	3	4	5	6

Ítem 24G - Days or Units

Ingrese el número de días o unidades. Este campo se usa más comúnmente para múltiples visitas, unidades de suministros, minutos de anestesia o volumen de oxígeno. Si solo se realiza un servicio, se debe ingresar el número 1.

Algunos servicios requieren que el número real o la cantidad facturada se indique claramente en el formulario de reclamación (e.g., suministros de ostomía o urinarios múltiples, dosis de medicamentos o procedimientos de prueba de alergia). Cuando se proporcionan múltiples servicios, ingrese el número real proporcionado.

NOTA: Este campo debe contener un valor numérico apropiado. El MAC A / B (B) debe programar su sistema para que automáticamente establezca la unidad "1" cuando falta la información en este campo para evitar que se regrese como no procesable, excepto en reclamaciones por millaje en ambulancia. Para las reclamaciones por millaje en ambulancia, los contratistas deberán predeterminar automáticamente la unidad "0.1" cuando falten unidades de millaje total en este campo.

Refiérase al CMS IOM Pub 100-04, Chapter 26, 10.4, para información adicional de procesamiento de reclamaciones.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2400
- Segment/Data Element:
 - SV104

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY FEDERAL GOVERNMENT UNDER EXECUTIVE ORDER 13768

Item 24I - ID Qualifier
 Dejar en blanco. No es requerido por Medicare.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2310B
 - Segment/Data Element:
 - PRV02
 - REF01
- Loop ID 2420
 - Segment/Data Element:
 - PRV02
 - REF01

Ítem 24I - ID Qualifier

Dejar en blanco. No es requerido por Medicare.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2310B
- Segment/Data Element:
 - PRV02
 - REF01
- Loop ID 2420
- Segment/Data Element:
 - PRV02
 - REF01

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPLICABLE TO MEDICAL SERVICES CLAIMS COVERED UNDER MEDICAID

Item 24J - Rendering Provider ID#

Ingrese el número de NPI del proveedor que presta el servicio en la parte inferior sin sombrear. En el caso de un servicio prestado incidente al servicio de un médico o profesional de la salud, cuando la persona que ordenó el servicio no está supervisando, ingrese el NPI del supervisor en la parte inferior sin sombrear.

Esta instrucción no procesable no se aplica a las reclamaciones de virus de influenza y de vacuna antineumocócica presentados en los recibos de la lista ya que no requieren un NPI del proveedor que presta el servicio.

NOTA: A partir del 23 de mayo de 2008, no se informará la parte sombreada de 24J.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2310B
- Segment/Data Element:
 - NM109
- Loop ID 2420A
- Segment/Data Element:
 - NM109

The form includes fields for Patient Information, Insurance Information, and a table for Professional Services. A 'Rollover Area' is indicated in the table. The bottom section contains fields for Billing Information, including Federal Tax ID Number, Patient's Account No., Total Charge, and Amount Paid.

Ítem 24J - Rendering Provider ID#

Ingrese el número de NPI del proveedor que presta el servicio en la parte inferior sin sombrear. En el caso de un servicio prestado incidente al servicio de un médico o profesional de la salud, cuando la persona que ordenó el servicio no está supervisando, ingrese el NPI del supervisor en la parte inferior sin sombrear.

Esta instrucción no procesable no se aplica a las reclamaciones de virus de influenza y de vacuna antineumocócica presentados en los recibos de la lista ya que no requieren un NPI del proveedor que presta el servicio.

NOTA: A partir del 23 de mayo de 2008, no se informará la parte sombreada de 24J.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2310B
- Segment/Data Element:
 - NM109
- Loop ID 2420^a
- Segment/Data Element:
 - NM109

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL MEDICAL GROUP (NMG) CLAIMS FOR PLANS 001818

Item 25 - Federal Tax ID Number

Ingrese el proveedor de servicio o la identificación fiscal federal del proveedor (número de identificación del empleador o número de seguro social) y marque la casilla correspondiente. Los proveedores de Medicare no están obligados a completar este ítem para fines de verificación, ya que el contratista de Medicare recuperará la información de identificación fiscal de su archivo interno del proveedor para incluirla en la reclamación saliente COB. Sin embargo, la información de identificación fiscal se utiliza para determinar el reembolso exacto del Identificador Nacional de Proveedor. El reembolso de las reclamaciones presentadas sin información de identificación fiscal pueden o serán retrasadas.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2010AA
- Segment/Data Element:
 - REF01
 - REF02

Ítem 25 - Federal Tax ID Number

Ingrese el proveedor de servicio o la identificación fiscal federal del proveedor (número de identificación del empleador o número de seguro social) y marque la casilla correspondiente. Los proveedores de Medicare no están obligados a completar este ítem para fines de verificación, ya que el contratista de Medicare recuperará la información de identificación fiscal de su archivo interno del proveedor para incluirla en la reclamación saliente COB. Sin embargo, la información de identificación fiscal se utiliza para determinar el reembolso exacto del Identificador Nacional de Proveedor. El reembolso de las reclamaciones presentadas sin información de identificación fiscal pueden o serán retrasadas.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2010AA
- Segment/Data Element:
 - REF01
 - REF02

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIMS COMMITTEE AUGUST 2019

Item 26 - Patient's Account No.
 Ingrese el número de cuenta del paciente asignado por el proveedor de servicio o el sistema de contabilidad del proveedor. Este campo es opcional para ayudar al proveedor en la identificación del paciente. Como servicio, cualquier número de cuenta ingresado aquí será devuelto al proveedor.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element: CLM01

Item 26 - Patient's Account No.

Ingrese el número de cuenta del paciente asignado por el proveedor de servicio o el sistema de contabilidad del proveedor. Este campo es opcional para ayudar al proveedor en la identificación del paciente. Como servicio, cualquier número de cuenta ingresado aquí será devuelto al proveedor.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - CLM01

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 REVISED BY THE BUREAU OF LABOR AND INDUSTRY RELIANCE DIVISION 01/01/2012

Item 27 - Accept Assignment?

Marque el bloque apropiado para indicar si el proveedor del servicio o el proveedor acepta la asignación de los beneficios de Medicare. Si Medigap se indica en el ítem 9 y la autorización de pago de Medigap se presenta en el ítem 13, el proveedor de servicio o proveedor también será un proveedor de servicios o proveedor participante de Medicare y aceptará la asignación de beneficios de Medicare para todos los cargos cubiertos para todos los pacientes.

Los siguientes proveedores de servicios / proveedores y reclamaciones solo se pueden pagar por asignación:

- Servicios de laboratorio de diagnóstico clínico;
- Servicios médicos a personas con doble derecho a Medicare y Medicaid;
- Servicios médicos / proveedores participantes;
- Servicios de asistentes médicos, enfermeros practicantes, especialistas en enfermería clínica, enfermeras parteras, enfermeras anestesistas certificadas, psicólogos clínicos y trabajadores sociales clínicos;
- Servicios de centro quirúrgico ambulatorio para procedimientos ASC cubiertos;
- Suministros y equipos de diálisis en el hogar pagados según el Método II;
- Servicios de ambulancia;
- Medicamentos y productos biológicos; y
- Lista de facturación simplificada para la vacuna contra el virus de la influenza y la vacuna antineumocócica.

837P Professional Version 5010/5010A1:
 ● Loop ID 2300
 ● Segment/Data Element:
 - CLM07

Rollover Area

Item 27 - Accept Assignment?

Marque el bloque apropiado para indicar si el proveedor del servicio o el proveedor acepta la asignación de los beneficios de Medicare. Si Medigap se indica en el ítem 9 y la autorización de pago de Medigap se presenta en el ítem 13, el proveedor de servicio o proveedor también será un proveedor de servicios o proveedor participante de Medicare y aceptará la asignación de beneficios de Medicare para todos los cargos cubiertos para todos los pacientes.

Los siguientes proveedores de servicios / proveedores y reclamaciones solo se pueden pagar por asignación:

- Servicios de laboratorio de diagnóstico clínico;
- Servicios médicos a personas con doble derecho a Medicare y Medicaid;
- Servicios médicos / proveedores participantes;
- Servicios de asistentes médicos, enfermeros practicantes, especialistas en enfermería clínica, enfermeras parteras, enfermeras anestesistas certificadas, psicólogos clínicos y trabajadores sociales clínicos;
- Servicios de centro quirúrgico ambulatorio para procedimientos ASC cubiertos;
- Suministros y equipos de diálisis en el hogar pagados según el Método II;
- Servicios de ambulancia;
- Medicamentos y productos biológicos; y
- Lista de facturación simplificada para la vacuna contra el virus de la influenza y la vacuna antineumocócica.

First Coast Service Options

April 19, 2024

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - CLM07

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
APPROVED BY NATIONAL JAPANESE CLAIM COMMITTEE (NCCO) 01/15

Item 28 - Total Charge
Ingrese los cargos totales por los servicios (e.g., el total de todos los cargos en el ítem 24f).
837P Professional Version 5010/5010A1:
• Loop ID 2300
• Segment/Data Element:
- CLM02

Ítem 28 - Total Charge

Ingrese los cargos totales por los servicios (e.g., el total de todos los cargos en el ítem 24f).

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - CLM02

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM COMMITTEE, AUGUST 2012

Item 29 - Amount Paid
 Ingrese el monto total que el paciente pagó solo por los servicios cubiertos.

837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2300
 • Segment/Data Element:
 - AMT02
 • Loop ID 2320
 • Segment/Data Element:
 - AMT02

Ítem 29 - Amount Paid

Ingrese el monto total que el paciente pagó solo por los servicios cubiertos.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - AMT02
- Loop ID 2320
- Segment/Data Element:
 - AMT02

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
 APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIMS COMMITTEE, AUGUST 2012

Item 30 - Rsvd for NUCC Use (previously Balance Due)
 Dejar en blanco. No es requerido por Medicare.
 837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID N/A
 • Segment/Data Element:
 • N/A

Ítem 30 - Rsvd for NUCC Use (previously Balance Due)

Dejar en blanco. No es requerido por Medicare.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID N/A
- Segment/Data Element:
 - N/A

Item 31 - Signature of Physician or Supplier Including Degrees or Credentials

Ingrese la firma del proveedor de servicio o proveedor, o su representante, y la fecha de 6 dígitos (MM | DD | AA), la fecha de 8 dígitos (MM | DD | CCYY) o la fecha alfanumérica (e.g., 1 de enero de 1998) se firmó el formulario.

En el caso de un servicio que se proporciona incidental al servicio de un médico o profesional de la salud, cuando el médico que ordena el servicio o el profesional de la salud que supervisa directamente el servicio como en 42 CFR 410.32, la firma del médico que ordena el servicio o no -el practicante médico se ingresará en el ítem 31. Cuando el médico que realiza el pedido o el profesional de la salud no está supervisando el servicio, ingrese la firma del médico o profesional de la salud que proporciona la supervisión directa en el ítem 31.

NOTA: Este es un campo obligatorio; sin embargo, la reclamación puede procesarse si se cumple lo siguiente: si falta la firma de un médico, proveedor o persona autorizada, pero la firma está en el archivo; o si se adjunta alguna autorización a la reclamación o si el campo de firma tiene "Firma en archivo" y / o una firma generada por computadora.

837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2300
 • Segment/Data Element:
 - CLM06

Ítem 31 - Signature of Physician or Supplier Including Degrees or Credentials

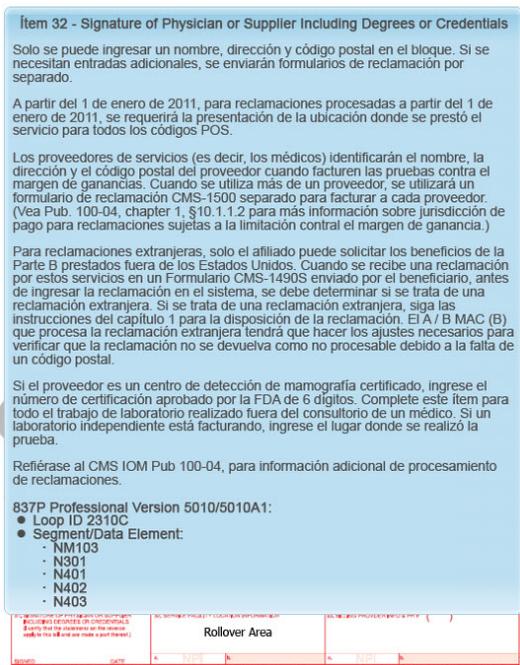
Ingrese la firma del proveedor de servicio o proveedor, o su representante, y la fecha de 6 dígitos (MM | DD | AA), la fecha de 8 dígitos (MM | DD | CCYY) o la fecha alfanumérica (e.g., 1 de enero de 1998) se firmó el formulario.

En el caso de un servicio que se proporciona incidental al servicio de un médico o profesional de la salud, cuando el médico que ordena el servicio o el profesional de la salud que supervisa directamente el servicio como en 42 CFR 410.32, la firma del médico que ordena el servicio o no -el practicante médico se ingresará en el ítem 31. Cuando el médico que realiza el pedido o el profesional de la salud no está supervisando el servicio, ingrese la firma del médico o profesional de la salud que proporciona la supervisión directa en el ítem 31.

NOTA: Este es un campo obligatorio; sin embargo, la reclamación puede procesarse si se cumple lo siguiente: si falta la firma de un médico, proveedor o persona autorizada, pero la firma está en el archivo; o si se adjunta alguna autorización a la reclamación o si el campo de firma tiene "Firma en archivo" y / o una firma generada por computadora.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2300
- Segment/Data Element:
 - CLM06



Ítem 32 - Signature of Physician or Supplier Including Degrees or Credentials

Solo se puede ingresar un nombre, dirección y código postal en el bloque. Si se necesitan entradas adicionales, se enviarán formularios de reclamación por separado.

A partir del 1 de enero de 2011, para reclamaciones procesadas a partir del 1 de enero de 2011, se requerirá la presentación de la ubicación donde se prestó el servicio para todos los códigos POS.

Los proveedores de servicios (es decir, los médicos) identificarán el nombre, la dirección y el código postal del proveedor cuando facturen las pruebas contra el margen de ganancias. Cuando se utiliza más de un proveedor, se utilizará un formulario de reclamación CMS-1500 separado para facturar a cada proveedor. (Vea Pub. 100-04, chapter 1, §10.1.1.2 para más información sobre jurisdicción de pago para reclamaciones sujetas a la limitación contra el margen de ganancia.)

Para reclamaciones extranjeras, solo el afiliado puede solicitar los beneficios de la Parte B prestados fuera de los Estados Unidos. Cuando se recibe una reclamación por estos servicios en un Formulario CMS-1490S enviado por el beneficiario, antes de ingresar la reclamación en el sistema, se debe determinar si se trata de una reclamación extranjera. Si se trata de una reclamación extranjera, siga las instrucciones del capítulo 1 para la disposición de la reclamación. El A / B MAC (B) que procesa la reclamación extranjera tendrá que hacer los ajustes necesarios para verificar que la reclamación no se devuelva como no procesable debido a la falta de un código postal.

Si el proveedor es un centro de detección de mamografía certificado, ingrese el número de certificación aprobado por la FDA de 6 dígitos. Complete este ítem para todo el trabajo de laboratorio realizado fuera

consultorio de un médico. Si un laboratorio independiente está facturando, ingrese el lugar donde se realizó la prueba.

Refiérase al CMS IOM Pub 100-04, para información adicional de procesamiento de reclamaciones.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2310C
- Segment/Data Element:
 - NM103
 - N301
 - N401
 - N402
 - N403

The image shows a portion of the Health Insurance Claim Form (CMS-1500). A blue callout box is overlaid on the form, containing the following text:

Ítem 32a - NPI#

Si así lo requiere la política de procesamiento de reclamaciones de Medicare, ingrese el NPI del centro de servicio.

Efectivo para las reclamaciones presentadas con una fecha de recepción a partir del 1 de octubre de 2015, el médico o proveedor de facturación debe informar el nombre, la dirección y el NPI del médico o proveedor que realiza la reclamación en las reclamaciones de laboratorio de referencia, incluso si el médico o proveedor el proveedor está inscrito en una jurisdicción A / B MAC (B) diferente. Vea Pub. 100-04, Chapter 1, §10.1.1 fo más información sobre la jurisdicción de presentación de reclamación.

837P Professional Version 5010/5010A1:
 • Loop ID 2310C
 • Segment/Data Element:
 • NM109

Ítem 32a - NPI#

Si así lo requiere la política de procesamiento de reclamaciones de Medicare, ingrese el NPI del centro de servicio.

Efectivo para las reclamaciones presentadas con una fecha de recepción a partir del 1 de octubre de 2015, el médico o proveedor de facturación debe informar el nombre, la dirección y el NPI del médico o proveedor que realiza la reclamación en las reclamaciones de laboratorio de referencia, incluso si el médico o proveedor el proveedor está inscrito en una jurisdicción A / B MAC (B) diferente. Vea Pub. 100-04, Chapter 1, §10.1.1 fo más información sobre la jurisdicción de presentación de reclamación.

837P Professional Version 5010/5010A1:

First Coast Service Options

April 19, 2024

- Loop ID 2310C
- Segment/Data Element:
 - NM109

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
APPROVED BY NATIONAL LABORATORY COMMITTEE (NLC) 01/16

Item 32b - Other ID#
A partir del 23 de mayo de 2008, el ítem 32b no se debe informar.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2310C
- Segment/Data Element:
 - REF01
 - REF02

Ítem 32b - Other ID#

A partir del 23 de mayo de 2008, el ítem 32b no se debe informar.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2310C
- Segment/Data Element:
 - REF01
 - REF02

Ítem 33 - Billing Provider Info & Ph#

Ingrese el proveedor del servicio / nombre de facturación del proveedor, dirección, código postal y número de teléfono. Este es un campo obligatorio.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2010AA
- Segment/Data Element:
 - NM103
 - NM104
 - NM105
 - NM107
 - N301
 - N401
 - N402
 - N403
 - PER04

Ítem 33a - NPI#

Ingrese el NPI del proveedor o grupo de facturación. Este es un campo obligatorio.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2010AA

First Coast Service Options

April 19, 2024

- Segment/Data Element:
 - NM109

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM
APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM COMMITTEE (NUCC) 01/01/2010

Item 33b - Other ID#
El ítem 33b generalmente no se informa. Sin embargo, para algunas políticas de Medicare, se le puede indicar que use este ítem; las instrucciones sobre cómo usar este ítem se incluirán en las instrucciones que recibió con respecto a la política específica, si corresponde.

837P Professional Version 5010/5010A1:
 ● Loop ID 2000A
 ● Segment/Data Element:
 - PRV03
 ● Loop ID 2010AA
 ● Segment/Data Element:
 - REF01
 - REF02

Rollover Area

Ítem 33b - Other ID#

El ítem 33b generalmente no se informa. Sin embargo, para algunas políticas de Medicare, se le puede indicar que use este ítem; las instrucciones sobre cómo usar este ítem se incluirán en las instrucciones que recibió con respecto a la política específica, si corresponde.

837P Professional Version 5010/5010A1:

- Loop ID 2000A
- Segment/Data Element:
 - PRV03
- Loop ID 2010AA
- Segment/Data Element:
 - REF01
 - REF02