

Slide 1

Text Captions: Cómo evitar rechazos y denegaciones en el formulario de reclamación en papel CMS-1500 (02/12) (Encasillado 11)

Este adiestramiento se concentrará en el encasillado 11 de la sección del Patient and Insured Information del formulario de reclamación CMS-1500 (02/12) Health Insurance y cubrirá los siguientes encasillados:

- 11
- 11a
- 11b
- 11c
- 11d

11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER

a. INSURED'S DATE OF BIRTH  
MM DD YY SEX  
M  F

b. OTHER CLAIM ID (Designated by NUCC)

c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME

d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN?  
 YES  NO *If yes, complete items 9, 9a, and 9d.*

Anterior Siguiete

Slide 2

Text Captions: Este adiestramiento se concentrará en el encasillado 11 de la sección del Patient and Insured Information del formulario de reclamación CMS-1500 (02/12) Health Insurance y cubrirá los siguientes encasillados:

- 11
- 11a
- 11b
- 11c
- 11d

**Encasillado 11**

**Encasillado 11: IMPORTANTE** - Este encasillado debe ser completado. Es un campo requerido. Al completar este encasillado, el médico/suplidor reconoce haber hecho un esfuerzo de buena fe para determinar si Medicare es el pagador primario o secundario. Si existe una aseguradora primaria a Medicare, ingrese el número de póliza del asegurado o número de grupo y proceda a los encasillados 11a - 11c. Encasillados 4, 6, y 7 deben ser completados.

**NOTA:** Ingrese la información apropiada en el encasillado 11c si aseguradora primaria a Medicare es indicada en el encasillado 11. Si no existe aseguradora primaria a Medicare, ingrese la palabra "NONE" y proceda al encasillado 12. Si el asegurado reporta un evento de terminación con respecto a la aseguradora la cual había sido primaria a Medicare (e.g., asegurado se retiró), ingrese la palabra "NONE" y proceda al encasillado 11b.

11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER

Slide 3

Text Captions: Encasillado 11

Encasillado 11: IMPORTANTE - Este encasillado debe ser completado. Es un campo requerido. Al completar este encasillado, el médico/suplidor reconoce haber hecho un esfuerzo de buena fe para determinar si Medicare es el pagador primario o secundario. Si existe una aseguradora primaria a Medicare, ingrese el número de póliza del asegurado o número de grupo y proceda a los encasillados 11a - 11c. Encasillados 4, 6, y 7 deben ser completados.

NOTA: Ingrese la información apropiada en el encasillado 11c si aseguradora primaria a Medicare es indicada en el encasillado 11. Si no existe aseguradora primaria a Medicare, ingrese la palabra "NONE" y proceda al encasillado 12. Si el asegurado reporta un evento de terminación con respecto a la aseguradora la cual había sido primaria a Medicare (e.g., asegurado se retiró), ingrese la palabra "NONE" y proceda al encasillado 11b.

The screenshot shows a software interface with a blue background. At the top, a red-bordered box contains the text "Encasillado 11a". Below this, a blue-bordered box contains the instruction: "Encasillado 11a: Ingrese la fecha de nacimiento del asegurado de 8-dígitos (MM | DD | CCYY) y sexo, si es diferente del encasillado 3." In the center, there is a red-bordered form with the label "a. INSURED'S DATE OF BIRTH" and "SEX". The date field is divided into three sections: "MM" (Month), "DD" (Day), and "YY" (Year). The sex field has two options: "M" (Male) and "F" (Female), each with an adjacent empty checkbox. At the bottom of the form, there are two buttons: "Anterior" and "Siguiente".

Slide 4

Text Captions: Encasillado 11a

Encasillado 11a: Ingrese la fecha de nacimiento del asegurado de 8-dígitos (MM | DD | CCYY) y sexo, si es diferente del encasillado 3.

The screenshot shows a web form titled "Encasillado 11b" in red text. Below the title, the text reads: "Encasillado 11b: ID de otra reclamación". The main instruction says: "Ingrese el nombre el empleador, si es aplicable. Si existe un cambio en el estatus del seguro del asegurado (e.g., retirado), ingrese la fecha de retiro de 6-dígitos (MM | DD | YY) u 8-dígitos (MM | DD | CCYY) precedido por la palabra 'RETIRED'." A note below states: "Nota: Provea esta información a la derecha de la línea vertical. No ingrese la información a la izquierda de la línea vertical." At the bottom of the form is a text input field with a red border and a vertical red line on the left side, labeled "b. OTHER CLAIM ID (Designated by NUCC)". Below the input field are two buttons: "Anterior" and "Siguiente".

Slide 5

Text Captions: Encasillado 11b

Encasillado 11b: ID de otra reclamación

Ingrese el nombre el empleador, si es aplicable. Si existe un cambio en el estatus del seguro del asegurado (e.g., retirado), ingrese la fecha de retiro de 6-dígitos (MM | DD | YY) u 8-dígitos (MM | DD | CCYY) precedido por la palabra "RETIRED".

Nota: Provea esta información a la derecha de la línea vertical. No ingrese la información a la izquierda de la línea vertical.

**Encasillado 11c**

**Encasillado 11c:** Ingrese el número de 9-dígitos del PAYERID de la aseguradora primaria. Si no existe el número de PAYERID, entonces 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 las reclamaciones, registre la dirección de procesamiento de reclamaciones del pagador primario directamente en el EOB. Esto es requerido si existe una aseguradora primaria a Medicare que es indicada en el encasillado 11.

**c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME**

Anterior Siguiete

Slide 6

Text Captions: Encasillado 11c

Encasillado 11c: Ingrese el número de 9-dígitos del PAYERID de la aseguradora primaria. Si no existe el número de PAYERID, entonces 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 las reclamaciones, registre la dirección de procesamiento de reclamaciones del pagador primario directamente en el EOB. Esto es requerido si existe una aseguradora primaria a Medicare que es indicada en el encasillado 11.

Encasillado 11d  
Encasillado 11d: Déjelo en blanco. No es exigido por Medicare.

d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN?  
 YES  NO *If yes, complete items 9, 9a, and 9d.*

Anterior Siguiete

Slide 7

Text Captions: Encasillado 11d

Encasillado 11d: Déjelo en blanco. No es exigido por Medicare.

Referencias:

<http://www.nucc.org>

Para más información, visite el sitio Web de NUCC para ver el **1500 Claim Form Reference Instruction Manual**

El National Uniform Claim Committee (NUCC) ha creado una presentación que revisa los cambios al formulario actualizado en detalle. [Haga clic aquí](#) para ver la presentación NUCC en el formulario de reclamación en papel CMS-1500 (02/12).

**NUCC**  
National Uniform Claim Committee

Home About Us News 02/12 1500 Claim Form CMS-1500 Claim Form CMS-1500 Claim Form CMS-1500 Claim Form CMS-1500 Claim Form

**New Update to 02/12 1500 Instruction Manual**

March 14, 2024

The NUCC has released a new instruction manual for the 02/12 1500 Claim Form. This manual is a comprehensive guide to the changes made to the 02/12 1500 Instruction Manual and provides detailed information on the changes made to the 02/12 1500 Instruction Manual. The specific changes made to the 02/12 1500 Instruction Manual are listed in the following table:

**Resources for Implementing the 02/12 1500 Claim Form**

December 6, 2013

Find a new digital version of the 02/12 1500 Claim Form as of January 3, 2024. The full version will include your organization's information on the 02/12 1500 Claim Form.

[Understanding the Changes to the 02/12 1500 Claim Form presentation](#)

[Understanding the Changes to the 02/12 1500 Claim Form](#)

Anterior    Siguiente

Slide 8

Text Captions: Referencias:

<http://www.nucc.org>

Para más información, visite el sitio Web de NUCC para ver el 1500 Claim Form Reference Instruction Manual

El National Uniform Claim Committee (NUCC) ha creado una presentación que revisa los cambios al formulario actualizado en detalle. Haga clic aquí para ver la presentación NUCC en el formulario de reclamación en papel CMS-1500 (02/12).



**Referencias:**

<http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104c26.pdf>

Para más información visite el sitio Web de CMS para ver:

**Chapter 26 - Completing and Processing Form CMS-1500 Data Set**

**Medicare Claims Processing Manual**  
**Chapter 26 - Completing and Processing Form CMS-1500 Data Set**

**Table of Contents**  
*(Rev. 2014, 11-15-19)*  
*(Rev. 2020, 11-27-19)*

Transmittals for Chapter 26

10 - Health Insurance Claim Form CMS-1500

- 10.1 - Claims That Are Incomplete or Contain Invalid Information
- 10.2 - Items 1-11 - Patient and Insured Information
- 10.3 - Items 11a-13 - Patient and Insured Information
- 10.4 - Items 14-13 - Provider of Service or Supplier Information
- 10.5 - Date of Service Codes (DOS) and Definitions
- 10.6 - Carrier Instructions for Place of Service (POS) Codes
- 10.7 - Type of Service (TOS)
- 10.8 - Requirements for Specialty Codes
  - 10.8.1 - Assigning Specialty Codes by Carriers and DMERCs
  - 10.8.2 - Physician Specialty Codes
  - 10.8.3 - Nonphysician Practitioner, Supplier, and Provider Specialty Codes
- 10.9 - Medicare Claims

Anterior Siguiete

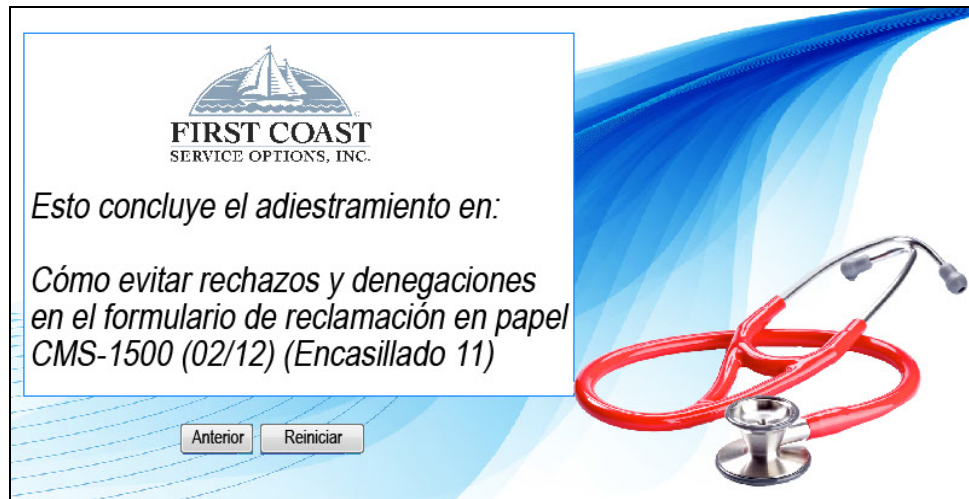
Slide 9

Text Captions: Referencias:

<http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104c26.pdf>

Para más información visite el sitio Web de CMS para ver:

**Chapter 26 - Completing and Processing Form CMS-1500 Data Set**



Slide 10

Text Captions: Esto concluye el adiestramiento en:

Cómo evitar rechazos y denegaciones en el formulario de reclamación en papel CMS-1500 (02/12) (Encasillado 11)