



Biểu Mẫu Yêu Cầu Bồi Hoàn Chi Phí Y Tế Dành Cho Hội Viên

Hoàn thành biểu mẫu này với sự giúp đỡ của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Thu thập bằng chứng dịch vụ và bằng chứng thanh toán. Xem phần Câu Hỏi Thường Gặp (FQA) để được trợ giúp hoàn thành biểu mẫu này, hoặc gọi cho chúng tôi theo số **(833) 808-8163 (TTY: 711)** từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3; và từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, các ngày trong tuần, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9. **Gửi biểu mẫu đã được điền với chữ ký đầy đủ, bằng chứng về dịch vụ và bằng chứng thanh toán tới:** Clever Care Health Plan | Attn: Member Reimbursement Department | 7711 Center Ave, Suite 100 | Huntington Beach CA 92647

Thông Tin Bệnh Nhân

Mã số hội viên Clever Care (ID#):*	Họ:*	Tên:*	Viết tắt tên đệm:
Ngày sinh (MM/DD/YYYY):*	Địa chỉ gửi thư:*		
Số điện thoại:*	Địa chỉ Email của bệnh nhân:		
Tên công ty bảo hiểm khác:	Số điện thoại bảo hiểm khác:	Số hợp đồng bảo hiểm khác:	

Thông Tin Yêu Cầu Bồi Thường

Tên nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe:*	Cơ sở điều trị:*	Số điện thoại:	Mã số thuế liên bang của nhà cung cấp:
Địa chỉ của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe:*		Các dịch vụ có được nhận bên ngoài lãnh thổ Hoa Kỳ không?*	
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	

Giải thích chi tiết về bệnh tật/thương tích, bao gồm (các) ngày bị chấn thương/bệnh tật:*

Mã chẩn đoán	Mô tả chẩn đoán	(Các) ngày cung cấp dịch vụ (MM/DD/YYYY)*	Mã thủ thuật (cho mỗi dịch vụ)	Mô tả thủ thuật	Số tiền đã trả*
					\$
					\$
					\$
Tổng số tiền đã thanh toán:					\$

Cần có chữ ký của hội viên: Tôi chứng thực các thông tin trên là đúng sự thật và chính xác, rằng các dịch vụ đã được nhận và được thanh toán theo số tiền như đã được yêu cầu ở trên. Tôi hiểu rằng Clever Care Health Plan có thể yêu cầu bất kỳ thông tin bổ sung nào mà họ cho là cần thiết, để xác minh rằng các dịch vụ đã được nhận và các khoản thanh toán đã được thực hiện.

Tên (viết chữ in rõ ràng)*	Chữ ký*	Ngày*
----------------------------	---------	-------

Vui lòng điền vào các khu vực được đánh dấu hoa thị () để yêu cầu của quý vị được xử lý nhanh chóng.

Câu Hỏi Thường Gặp (FAQs)

Câu hỏi

Trả lời

Biểu mẫu này dùng để làm gì?

Biểu mẫu này được sử dụng để yêu cầu thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế thỏa điều kiện mà quý vị đã nhận được. Không nên sử dụng biểu mẫu này cho các dịch vụ Nhà Thuốc Phần D.

Trách nhiệm của tôi là gì?

Các khoản đồng thanh toán, khấu trừ, đồng bảo hiểm và các dịch vụ không được đài thọ sẽ là trách nhiệm của bệnh nhân.

Điều gì sẽ xảy ra nếu dịch vụ của tôi được hoàn thành ngoài khu vực dịch vụ?

Nếu quý vị tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ và gặp trường hợp khẩn cấp về y tế hoặc sức khỏe tâm lý, hãy báo cáo trường hợp khẩn cấp của quý vị cho chúng tôi trong vòng một (1) ngày làm việc. Tùy thuộc vào loại chương trình của quý vị, khoản đồng thanh toán có thể được áp dụng cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu được nhận tại phòng cấp cứu. Dịch vụ chăm sóc định kỳ hoặc dịch vụ duy trì không được chi trả bên ngoài khu vực dịch vụ, và sẽ không được hoàn trả trừ khi được sắp xếp với Clever Care trước khi nhận dịch vụ.

Điều gì xảy ra tiếp theo?

Sau khi yêu cầu bồi thường của quý vị được xử lý, quý vị sẽ nhận được tài liệu Giải Thích Quyền Lợi (EOB). EOB giải thích các khoản phí được áp dụng trên khoản khấu trừ của quý vị (số tiền cố định mà quý vị phải trả cho các dịch vụ được đài thọ, trước khi công ty bảo hiểm bắt đầu thanh toán bất kỳ dịch vụ nào), và mọi khoản phí quý vị có thể đang nợ nhà cung cấp dịch vụ y tế. Vui lòng lưu giữ hồ sơ EOB của quý vị phòng trường hợp quý vị cần nó trong tương lai. Quý vị cũng có thể truy cập vi.CleverCareHealthPlan.com.

Đề Mục trong Biểu Mẫu

Mô Tả

Mã số hội viên Clever Care (ID#)

ID# được in tại mặt trước của Thẻ Định Danh Hội Viên Clever Care Health Plan

Tên, địa chỉ, số điện thoại, mã số thuế liên bang của nhà cung cấp:

Nhà cung cấp bao gồm nhưng không giới hạn ở bệnh viện, bác sĩ, chuyên gia thị lực, chuyên gia tâm lý, nhân viên xã hội lâm sàng được cấp phép, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền.

Bệnh nhân được điều trị trong hoàn cảnh nào?

Chẳng hạn như văn phòng bác sĩ, phòng cấp cứu, bệnh viện ngoại trú (chụp X-quang, xét nghiệm), bệnh viện nội trú, phòng khám, cơ sở cung cấp thiết bị y tế.

Nếu dịch vụ được cung cấp bên ngoài lãnh thổ Hoa Kỳ

Nếu có thể, hãy cho biết dịch vụ được cung cấp ở quốc gia nào, hóa đơn và bằng chứng thanh toán được viết bằng ngôn ngữ nào (nếu không phải tiếng Anh), và hóa đơn đã được thanh toán bằng loại tiền tệ nào.

Chẩn đoán: bệnh nhân đã được thăm khám cho tình trạng bệnh gì?

Cung cấp mã chẩn đoán và mô tả chi tiết về bệnh tật hoặc thương tích. (ví dụ như cúm, gãy chân, rối loạn lưỡng cực/chứng hưng trầm cảm, hen suyễn)

Thủ thuật, dịch vụ hoặc vật tư được cung cấp

Cung cấp mã thủ tục và mô tả chi tiết (ví dụ: chụp X-quang, thăm khám tại văn phòng bác sĩ, thí nghiệm, bó bột ở chân, v.v).

Tổng số tiền đã thanh toán

Tổng số tiền mà quý vị đang yêu cầu được hoàn trả.

Bằng chứng về (các) dịch vụ

Tài liệu chứng minh dịch vụ đã được cung cấp, liệt kê (các) ngày mà dịch vụ đã được cung cấp, tên (các) dịch vụ đã được cung cấp và số tiền đã thanh toán, như biên nhận (biên lai) hoặc hồ sơ thanh toán hay hồ sơ y tế.

Chứng từ thanh toán

Một tài liệu thể hiện việc hội viên đã thanh toán cho nhà cung cấp, và nhà cung cấp đó đã nhận được khoản thanh toán này cho dịch vụ mà họ đã thực hiện. Ví dụ: mặt trước và sau của tờ séc, chứng minh là được viết cho nhà cung cấp đó, và nhà cung cấp đó đã nhận được khoản tiền này; bản sao kê hoặc biên nhận (biên lai) từ thẻ tín dụng; một tuyên bố hợp lệ từ nhà cung cấp, cho thấy rằng khoản thanh toán đã được thực hiện.