

## 會員醫療索賠報銷表

請在您的醫療保健提供者的幫助下填寫此表格。請保留服務證明和付款證明。如需協助完成此表格，請參閱常見問題部分或致電 (833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711)，我們的工作時間是從10月1日至3月31日，每星期7天，早上8點至晚上8點。從4月1日至9月30日，星期一至星期五，早上8點至晚上8點。將填妥並簽署的表格、服務證明和服務付款證明提交至：Clever Care Health Plan | Attn: Member Reimbursement Department | 7711 Center Ave, Suite 100 | Huntington Beach CA 92647

## 患者資訊

福全健保 (Clever Care) 會員 ID 號碼:*	姓氏:*	名字:*	中間名縮寫:
出生日期(月/日/年):*	郵寄地址:*		
電話號碼:*	患者電子郵件地址:		
其他保險公司名稱:	其他保險電話號碼:	其他保險保單號碼:	

## 索賠資訊

醫療保健提供者姓名:*	治療設定:*	電話號碼:	提供者聯邦稅號:
醫療保健提供者的地址:*		是否在美國境外收到服務?*	
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

疾病/受傷的詳細說明，包括受傷/疾病的日期:\*

診斷代碼	診斷說明	服務日期 (月/日/年)*	手術代碼 (每項服務)	手術說明	支付的金額*
					\$
					\$
					\$
總支付總額:					\$

**會員需簽名：**我證明上述資訊真實且準確，已獲得相關的服務並且已按照上述要求的金額支付了服務費用。我明白福全健保 (Clever Care Health Plan) 可能會要求提供其認為必要的任何其他資訊，以驗證是否已收到服務並已付款。

正楷姓名*	簽名*	日期*
-------	-----	-----

\*請填寫標有星號的區域，以加快處理您的請求。

## 常見問題解答

問題	回答
<b>此表格的用處是什麼？</b>	此表格用於請求您支付已接受的合格醫療護理費用。此表格不應用於 D 部分藥局服務。
<b>我的責任 (需要支付的) 是什麼？</b>	共付額、自付額、共同保險和未承保的服務將由患者負責。
<b>如果我的服務是在服務區域外完成的怎麼辦？</b>	如果您暫時離開服務區域並出現醫療或行為健康緊急情況，請在 (1) 個工作天內向我們報告您的緊急情況。根據您的計劃類型，在急診室接受的緊急護理可能需要支付自付費用。常規或維護照護不在服務區域之外承保，並且不會報銷，除非在接受服務之前與福全健保 (Clever Care) 預先安排。
<b>下一步是什麼？</b>	處理完您的索賠後，您將收到一份福利說明書 (EOB)。EOB 解釋了適用於您的自付額的費用 (在保險公司開始付款之前您為承保服務支付的固定金額) 以及您可能欠提供者的任何費用。請您妥善保管您的 EOB，以備日後所需。您也可以造訪 <a href="http://zh.CleverCareHealthPlan.com">zh.CleverCareHealthPlan.com</a> 。
表格欄位名稱	描述
<b>福全健保 (Clever Care) 會員 ID 號碼</b>	帶有後綴的 ID 號碼位於福全健保會員 ID 卡的正面。
<b>提供者名稱、地址、電話號碼、提供者聯邦稅號：</b>	提供者包括但不限於醫院、醫生、驗光師、精神科醫生、執照臨床社會工作者、耐用醫療設備供應商。
<b>患者在什麼環境下接受治療？</b>	如辦公室、急診室、門診醫院 (如 X 光、化驗)、醫院住院、診所、醫療用品商店。
<b>如果服務是在美國境外提供的。</b>	如果適用，請說明提供服務的國家、帳單和付款證明的語言 (如果不是英語) 以及支付帳單的貨幣。
<b>診斷：患者就診的原因是什麼？</b>	提供診斷代碼以及疾病或受傷的詳細描述。(如流感、腿部骨折、躁鬱症、氣喘)
<b>提供的手術、服務或用品</b>	提供手術代碼和詳細說明。(例如，X 光檢查、辦公室問診、實驗室化驗、腿部石膏等)
<b>支付總金額</b>	您請求報銷的總金額。
<b>服務證明</b>	可證明提供服務的文件，列出服務日期、提供的服務以及支付的金額，例如收據或付款記錄或醫療記錄。
<b>付款憑證</b>	該文件可證明服務提供者收到了會員對於所接受的服務進行付款。例如：寫給提供者的已取消支票的正面和背面；信用卡對帳單或收據；提供者提供的表明已付款的聲明。