

Mẫu Bồi Hoàn Cho Hội Viên đối với Các Yêu Cầu Thanh Toán Y Tế
MỘT BIỂU MẪU DÀNH CHO MỖI BỆNH NHÂN VÀ MỖI NHÀ CUNG CẤP
 Vui lòng viết in hoa rõ ràng, hoàn thành mọi phần có thể và ký tên.



1. Tên Hội Viên: (Họ) (Tên) (Tên đệm)	2. Số ID Hội Viên:	3. Số ID Nhóm:
4. Địa Chỉ Hội Viên:	5. Số Điện Thoại	6. Ngày Sinh:

Thông tin sau phải được thu thập từ nhà cung cấp của quý vị hoặc được bao gồm trong bản sao kê hoặc hóa đơn chia mục từ nhà cung cấp của quý vị. Nếu bản sao kê chia mục bao gồm thông tin được yêu cầu trong các trường 7-8, quý vị không cần hoàn thành những phần đó trong biểu mẫu. Xin đừng gửi bản gốc vì chúng sẽ không được gửi trả về cho quý vị.

7. Ngày Thực Hiện Dịch Vụ	Địa Điểm Thực Hiện Dịch Vụ (Văn Phòng, Phòng Cấp Cứu (Emergency Room, ER), Bệnh Viện, Phòng Khám, Nhà Thuốc, Xe Cứu Thương, Tại Nhà)	Các Mã Chẩn Đoán (ICD-10)	Các Mã Thủ Thuật	Số Tiền Được Tính	Số Tiền Đã Thanh Toán

Đối với các yêu cầu Nhân Khoa, vui lòng đánh dấu một: Hậu đực thủy tinh thể Thường quy

8. Tên Nhà Cung Cấp: Số ID Thuê của Nhà Cung Cấp: Địa Chỉ Gửi Hóa Đơn của Nhà Cung Cấp: Số Nhận Dạng Nhà Cung Cấp Quốc Gia (National Provider Identifier, NPI) của Nhà Cung Cấp (không bắt buộc):	9. Thông tin Bảo Hiểm Khác: Hội viên có được một chương trình khác đài thọ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tên công ty bảo hiểm khác: Nếu công ty bảo hiểm khác đã thanh toán, vui lòng cung cấp thêm Bản Giải Thích Quyền Lợi	10. Tình trạng có liên quan tới: A. Việc Làm của Bệnh Nhân không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không B. Tai Nạn Ô Tô không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không C. Ngày xảy ra Tai Nạn: _____
--	---	--

11. Đối với các yêu cầu về Tóc Giả, có phải quý vị mua tóc giả vì rụng tóc do hóa trị không? Có Không

12. Yêu Cầu Thanh Toán Nước Ngoài
Đối với các dịch vụ ở nước ngoài, vui lòng giải thích nơi cung cấp dịch vụ (Văn Phòng, ER, Chăm Sóc Khẩn Cấp, Bệnh Viện, Phòng Khám, Nhà Thuốc) và giải thích tính chất của chấn thương hoặc bệnh tật:

13. Chữ ký (bắt buộc):
Tôi chứng thực rằng thông tin ở trên là đúng và chính xác và các dịch vụ đã được nhận và thanh toán với số tiền được yêu cầu như đã nêu ở trên.

Chữ Ký: _____ Ngày: _____

Vui lòng cung cấp một bản sao biên lai, hóa đơn từ nhà cung cấp của quý vị hoặc một bản sao kê cho biết số tiền đã thanh toán cho nhà cung cấp và phương thức thanh toán, sau đó gửi biểu mẫu đã hoàn chỉnh này qua đường bưu điện cùng với bản sao thanh toán của quý vị tới:

Attn: Claims Processing, Providence Medicare Advantage Plans, P. O. Box 4327, Portland, OR 97208-4327

Chương Trình Providence Medicare Advantage Plans phải nhận được các yêu cầu thanh toán trong vòng 365 ngày kể từ ngày thực hiện dịch vụ. Các yêu cầu thanh toán không được nhận trong khung thời gian này sẽ không đủ điều kiện để được thanh toán quyền lợi. Việc gửi biểu mẫu này không đảm bảo rằng quý vị sẽ được bồi hoàn. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho Chương Trình Providence Medicare Advantage Plans theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340. Người dùng TTY xin gọi số 711. Chúng tôi làm việc bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Chúng tôi không làm việc vào các ngày thứ Bảy và Chủ Nhật, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9.