

直接会员 报销表

如果您支付了 Health Plan 承保的服务费用，您可以向 Health Plan 申请退款。

为此，您需要填写本表格并附上您的医疗服务提供者的声明。声明应显示您接受的服务、费用以及费用证明。请注意，仅出示收银机或信用卡收据不足以证明相关费用。

请记住，我们不能保证您总是能够获得退款。

会员信息

***每位患者需为每项服务填写一份表格。**

名字 姓氏 中间名首字母

Health Plan ID 号码 出生日期 (月/日/年) 电话号码

会员邮寄地址 城市 州 邮政编码

医疗服务提供者名称 医疗服务提供者电话号码

申请原因

***请勾选所有适用项。**

区域外急诊

加拿大或墨西哥住院

区域外紧急护理

移植住宿/相关服务

没有 Health Plan 卡

其他 — 请在下页说明

如果选择“其他”，请说明：_____

如果 Health Plan 不是您的主要保险，并且您的主要保险已经支付了服务费用，请填写本部分。

支付服务费用的保险类型：
医疗 商业
Medicare

医疗服务提供者名称

主要会员/投保人姓名 (姓氏、名字、中间名首字母)

主要会员/投保人 ID 号码

我确认本表格上列出的人员是 Health Plan 的会员。我还确认服务是为此人提供的。

会员签名

日期

*没有会员签名的索赔将被拒绝。

本表格和备用材料可通过以下方式发送：

邮件： Health Plan of San Joaquin
Mountain of Valley Health Plan
7751 South Manthey Road
French Camp, CA 95231

传真： 209-461-2550

电子邮件： customerservice@hpsj.com

有关此索赔的信件将寄送给会员。并非所有索赔都能获得付款，有些规则可能会限制可以索赔的内容，并且某些项目不属于承保范围。

如果您有任何疑问，请致电 1-888-936-7526 (TTY:711) 联系我们的客户服务部，服务时间为太平洋标准时间 (PST) 周一至周五上午 8:00 至下午 5:00。如果需要，我们将免费提供口译服务。