

Biểu Mẫu Bồi Hoàn Trực Tiếp Cho Hội Viên

Health Plan
of San Joaquin



Mountain Valley
Health Plan

Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ mà Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe bao trả, quý vị có thể gửi yêu cầu hoàn tiền đến Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe.

Để yêu cầu hoàn tiền, quý vị cần hoàn thành biểu mẫu này cùng báo cáo từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Báo cáo phải thể hiện những dịch vụ quý vị đã nhận, giá dịch vụ và chứng từ thanh toán cho khoản chi phí đó. Xin lưu ý rằng chỉ cung cấp biên lai thanh toán từ máy tính tiền hay thẻ tín dụng là chưa đủ.

Hãy nhớ rằng không phải trường hợp nào Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe cũng hoàn tiền.

Thông Tin Hội Viên

***Một biểu mẫu cho từng dịch vụ mà một bệnh nhân sử dụng.**

Tên	Họ	Tên Đệm	
Số ID Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe	Ngày Sinh (tháng/ngày/năm)	Số Điện Thoại	
Địa Chỉ Thư của Hội Viên	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Zip
Tên Nhà Cung Cấp	Số Điện Thoại của Nhà Cung Cấp		

Lý Do Yêu Cầu

***Đánh dấu vào tất cả phương án phù hợp.**

Cấp Cứu Ngoài Khu Vực

Nhập Viện ở Canada hoặc Mexico

Chăm Sóc Khẩn Cấp Ngoài Khu Vực

Điều Chỉnh Tiện Nghi cho Bệnh Nhân
Cấy Ghép/Dịch Vụ Liên Quan

Không mang theo Thẻ của Chương
Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe

Khác — giải thích vào trang tiếp theo

Nếu có lý do khác, vui lòng giải thích: _____

Nếu Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe này không phải là bảo hiểm chính của quý vị, và bảo hiểm chính đã thanh toán cho dịch vụ đó rồi, hãy điền vào phần này.

Loại bảo hiểm đã thanh toán cho dịch vụ:

Bảo Hiểm Y Tế Bán Trên Thị Trường
Medicare

Tên Nhà Cung Cấp

Tên Người Đăng Ký/Hội Viên Chính (Họ, Tên, Tên Đệm)

Số ID của Người Đăng Ký/Hội Viên Chính

Tôi xác nhận rằng người có tên trong biểu mẫu này là hội viên của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe. Tôi cũng xác nhận rằng (các) dịch vụ đã cung cấp là dành cho người này.

Chữ Ký của Hội Viên

Ngày

**Các yêu cầu bồi hoàn không có chữ ký của Hội Viên sẽ bị từ chối.*

Quý vị có thể gửi biểu mẫu này và các tài liệu sao lưu qua:

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

Fax: 209-461-2550

Email: customerservice@hpsj.com

Thư từ liên quan đến yêu cầu bồi hoàn này sẽ được gửi đến hội viên. Không phải mọi yêu cầu bồi hoàn đều được thanh toán, và có một số quy định giới hạn hạng mục mà quý vị có thể yêu cầu bồi hoàn và hạng mục không được bao trả.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi đến Phòng Dịch Vụ Khách Hàng của chúng tôi theo số 1-888-936-7526 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều theo Giờ Chuẩn Thái Bình Dương (PST), thứ Hai đến thứ Sáu. Nếu cần, chúng tôi sẽ bố trí một thông dịch viên miễn phí.