

会员医疗费用报销单 (仅适用于医疗报销 - 每位家庭成员、每位医疗服务提供者各填写一份表格)

说明

1. 您需要您的医疗服务提供者协助并提供相关信息以填写此表, 包括诊疗代码和诊断代码。建议您在就诊时随身携带。如需了解更多信息, 请参阅“帮助页”。
2. 如需申请报销, 请在服务之日起一年内向本表下方所列地址提交以下材料! (任何信息缺失都可能导致申请延迟或被拒):
 - a. 这份填写完整并签名的报销单
 - b. 所提供服务的证明
 - c. 申请报销服务的付款证明
 - d. 包括服务或零售用品的明细清单, 以供报销审查。
3. 大多数已完成的报销申请会在 30 天内处理完毕。不完整的申请和在美国境外提供服务的申请可能需要更长的时间。
4. 报销款项将按照 Ambetter from MHS 的记录在案地址寄给计划保户 (定义请参阅“帮助页”) (如需查看记录地址, 请登录 Ambetter.mhsindiana.com 或致电会员服务部 1-877-687-1182 [TTY 1-800-743-3333])。
5. 保留所有收据和文件的副本, 以作记录。

保户信息

姓氏:	名字:	中间名字缩写:
-----	-----	---------

患者信息

患者的 Ambetter 会员 ID 号码:	姓氏:	名字:	中间名字缩写:
出生日期 (MM/DD/YYYY):		邮寄地址:	
电话号码:	患者电子邮件地址:	患者是否有其他保险? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	其他保险是否进行了赔付: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如果是, 请附上计划的“保险福利说明” [EOB])。
其他保险公司名称:	其他保险公司电话号码:	其他保险保单号码:	

理赔信息

(本部分必须填写, 您需要您的医疗服务提供者协助填写本部分)。

医疗服务提供者姓名:	医疗服务提供者 NPI 号码:	医疗服务提供者联邦税号:	医疗服务提供者电话号码:
组织或团体名称:	组织或团体 NPI 号码:	组织或团体电话号码:	接受治疗的场所:
医疗服务提供者地址:			是否在美国境外接受服务? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
详细说明疾病/受伤情况, 包括受伤/患病日期, 并说明是否使用了非签约医疗服务提供者:			

诊断代码	诊断描述 (如流感、腿部骨折、躁狂抑郁症、哮喘等)	服务日期	诊疗代码 (就提供的每项服务而言)*	诊疗描述 (如 X 光、办公室就诊、化验、腿部石膏等)*	已付金额
		/ /			\$
		/ /			\$
		/ /			\$
		/ /			\$

* 零售或外国医疗服务提供者的报销申请可能没有诊疗和诊断代码。

† 如果您或您的受保家属在一年内没有法律行为能力提交此类证明, 则可免除一年的要求。

需要 Ambetter 会员签名

已付总金额 \$

Ambetter from MHS 遵守适用的联邦民权法, 不会因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而歧视他人。Ambetter from MHS 不会因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而排斥或区别对待他人。

我证明上述信息真实准确, 并如上所述获得服务并按要求支付费用。我明白, 如果本表中的任何信息具有误导性或欺诈性, 我的保险可能会被取消, 并且我可能会因虚假医疗理赔而受到刑事和/或民事处罚。我明白, 报销付款将支付给计划保户, 并包含服务信息 (如医疗服务提供者名称、日期、服务描述)。

我还明白, Ambetter from MHS 可要求提供其认为必要的任何其他信息, 以核实是否接受了服务并支付了款项。

正楷姓名 _____

签名 _____

日期 _____

核对表

1. 我已完整填写并签署本表。
2. 我已随函附上已收到服务的证明文件 (请参阅“帮助页”中的付款证明示例)。
3. 我已随函附上服务付款文件 - 与共付额或计划自付额无关 (请参阅“帮助页”中的付款证明示例)。
4. 我明白, 大多数已完成的报销申请会在 45 天内处理完毕。不完整的申请和在美国境外提供服务的申请可能需要更长的时间。

请将本表和所有文件提交至:

Ambetter from MHS • Claims Department-Member Reimbursement • P.O. Box 5010 • Farmington, MO 63640-5010

会员医疗费用报销单 - 帮助页 / 常见问题

问题	答案
这份表格有什么用？	本表用于要求支付您已接受的符合规定的医疗护理费用。本表不适用于视力、牙科或药房服务。
我应承担什么责任？	共付额、自付额、共同保险和非承保服务由患者承担。 如果您接受网络外医疗服务提供者提供的护理，且该医疗服务提供者收取的费用高于“通常、合理和惯常”收费，则会员需承担共同保险金额与超出“通常、合理和惯常”收费的任何金额之和的责任（即余额结算）。 这并非付款保证。 承保服务的实际付款将根据您的计划福利以适当的程度支付，您可能需要支付 Ambetter Health 允许金额与医疗服务提供者收取的费用之间的差额。
如果我的服务是在服务区域以外完成的，该怎么办？	如果您暂时不在服务区域，但发生了医疗或行为健康紧急情况，请务必在一 (1) 个工作日内向我们报告您的紧急情况。 根据您的计划类型，在急诊室接受急诊护理可能需要支付共付额。 服务区域外的常规或维护护理不属于承保范围，除非在接受服务之前与 Ambetter 事先安排，否则不予报销。
接下来会怎样？	理赔处理后，您将收到一份“保险福利说明”(EOB)。EOB 会说明适用于自付额（在保险公司开始付款之前，您为承保服务支付的固定金额）的费用以及您可能欠医疗服务提供者的任何费用。请将您的 EOB 存档，以备将来不时之需。您也可以参阅 AmbetterHealth.com 上的会员手册。
您知道吗？	如果您使用 Ambetter Health 医疗服务提供者，您将获得更高的福利。在接受治疗服务等持续性服务或购买耐用医疗设备时，这样做尤其划算。
如果在填写本表时需要帮助，我应该联系谁？	联系会员服务部，电话：1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333)
字段名称	描述
保户信息	保户是指以下人士： 加入 Ambetter from MHS，并代表本人及任何受抚养人签署会员申请表。 以其名义支付保险费。
患者的 Ambetter 会员 ID 号码	带有后缀的 ID 号码，可在 Ambetter from MHS Health 会员 ID 卡正面找到。
患者姓名	接受服务的患者的姓氏和名字以及中间名字缩写。
患者出生日期	出生日期：月（2 个数字），日（2 个数字），年（4 个数字）将新生儿的出生日期填写在父母出生日期的同一方框内。
医疗服务提供者名称、地址、电话号码，医疗服务提供者联邦税号：	医疗服务提供者包括但不限于医院、医生、验光师、精神病医生、持证临床社会工作者、耐用医疗设备供应商。
患者是在什么场所接受治疗的？	如办公室、急诊室、门诊医院（进行 X 光检查、化验）、住院医院、诊所、医疗用品商店。
如果服务在美国境外提供。	如果适用，请说明在哪个国家提供了服务，账单和付款证明是用哪种语言（如果不是英语）书写的，以及账单是用哪种货币支付的。
诊断：患者因何就诊？	提供疾病或受伤的诊断代码和详细描述（如流感、腿部骨折、躁狂抑郁症、哮喘等）。
服务日期	为患者提供服务的日期。
提供的诊疗、服务或用品	提供诊疗代码和详细描述（如 X 光、办公室就诊、化验、腿部石膏等）
已付总金额	您申请报销的总金额。
服务证明	证明确实提供服务的文件，列出服务日期、提供的服务和支付的金额。
付款证明	证明服务提供者已收到会员付款的文件。示例包括：写给医疗服务提供者的已取消支票的正面和背面，或写给医疗服务提供者支票的正面银行编码；信用卡对账单或收据；医疗服务提供者出具的声明，声明应使用医疗服务提供者的信笺抬头，并有授权签名，说明已付款；购买物品的收据，收据上应预印医疗服务提供者的姓名和地址，并列物品清单和支付金额。

请将本表和所有文件提交至：

Ambetter from MHS • Claims Department-Member Reimbursement • P.O. Box 5010 • Farmington, MO 63640-5010

Ambetter from MHS 由 Celtic Insurance Company 承销，该公司是 Indiana Health Insurance Marketplace 的合格健康计划发行商。

这是一份保险招标书。© 2023 Celtic Insurance Company. All rights reserved.

AMB22-IN-C-00098