

BIỂU MẪU YÊU CẦU BỒI HOÀN CHI PHÍ Y TẾ CHO HỘI VIÊN

(Chỉ dành cho các yêu cầu bảo hiểm y tế - vui lòng điền một biểu mẫu cho mỗi thành viên gia đình cho mỗi nhà cung cấp)

Hướng Dẫn

- Quý vị sẽ cần nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình hỗ trợ và cung cấp thông tin để hoàn thành biểu mẫu này, bao gồm (các) mã thủ thuật và (các) mã chẩn đoán. Quý vị nên mang theo biểu mẫu này tới cuộc hẹn. Vui lòng tham khảo Trang Trợ Giúp để biết thêm thông tin.
- Để yêu cầu bồi hoàn, vui lòng gửi thông tin sau đến địa chỉ được liệt kê ở cuối biểu mẫu này trong vòng một năm kể từ ngày cung cấp dịch vụ* (mọi thông tin bị thiếu có thể dẫn đến chậm trễ hoặc từ chối xử lý yêu cầu):
 - Biểu mẫu bồi hoàn đã điền đầy đủ thông tin và có chữ ký
 - Bảng chứng về dịch vụ được cung cấp
 - Bảng chứng thanh toán cho các dịch vụ được yêu cầu bồi hoàn
 - Bao gồm danh sách các dịch vụ hoặc mặt hàng bán lẻ được chia thành từng khoản để xem xét bồi hoàn.
- Hầu hết các yêu cầu bồi hoàn đã hoàn thành đều được xử lý trong vòng 30 ngày. Các yêu cầu chưa được hoàn thành đầy đủ và các yêu cầu đối với những dịch vụ được cung cấp bên ngoài Hoa Kỳ có thể mất nhiều thời gian hơn.
- Khoản bồi hoàn sẽ được gửi tới người đăng ký Chương Trình (xem Trang Trợ Giúp để biết định nghĩa) theo địa chỉ mà Ambetter from Superior HealthPlan có trong hồ sơ (Để xem địa chỉ của quý vị trên hồ sơ, vui lòng đăng nhập vào Ambetter.SuperiorHealthPlan.com hoặc gọi điện tới Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-877-687-1196 (Tiếp Âm Texas/TTY 1-800-735-2989)
- Hãy giữ lại một bản sao của tất cả các biên lai và tài liệu để lưu hồ sơ cá nhân.

Thông Tin Người Đăng Ký

Họ:	Tên:	Chữ Cái Đầu của Tên Đệm:
-----	------	--------------------------

Thông Tin Bệnh Nhân

Số ID Hội Viên Ambetter của Bệnh Nhân:	Họ:	Tên:	Chữ Cái Đầu của Tên Đệm:
----------------------------------------	-----	------	--------------------------

Ngày Sinh (MM/DD/YYYY):	Địa Chỉ Nhận Thư:
-------------------------	-------------------

Số Điện Thoại:	Địa Chỉ Email của Bệnh Nhân:	Bệnh Nhân có bảo hiểm nào khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chương Trình Bảo Hiểm khác có thanh toán không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (Nếu có, hãy kèm theo EOB của chương trình đó)
----------------	------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tên của Công Ty Bảo Hiểm Khác:	Số Điện Thoại của Công Ty Bảo Hiểm Khác:	Số Hợp Đồng của Chương Trình Bảo Hiểm Khác:
--------------------------------	------------------------------------------	---------------------------------------------

Thông Tin Yêu Cầu

(Phần này phải được hoàn thành và quý vị sẽ cần nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình hỗ trợ trong việc hoàn thành phần này)

Tên của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe:	Số NPI của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe:	Mã Số Thuế Liên Bang của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe:	Số Điện Thoại của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe:
-------------------------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

Tên của Tổ Chức/ Nhóm:	Số NPI của Tổ Chức/ Nhóm:	Số Điện Thoại của Tổ Chức/ Nhóm:	Bối cảnh tiếp nhận điều trị:
------------------------	---------------------------	----------------------------------	------------------------------

Địa Chỉ của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe:	Các dịch vụ này có được tiếp nhận bên ngoài Hoa Kỳ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
-----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Giải thích chi tiết về bệnh tật/thương tích, bao gồm (những) ngày bị thương tích/bệnh tật và giải thích nếu đã sử dụng một nhà cung cấp dịch vụ không theo hợp đồng:

Mã Chẩn Đoán	Mô Tả Chẩn Đoán (ví dụ: cúm, gãy chân, rối loạn hưng-trầm cảm, hen suyễn)	(Những) Ngày Cung Cấp Dịch Vụ	Mã Thủ Thuật (cho mỗi dịch vụ đã cung cấp)*	Mô Tả Thủ Thuật (ví dụ: chụp X-quang, thăm khám tại phòng mạch, xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, bó bột chân, v.v.)*	Số Tiền Đã Thanh Toán
.		/ /			\$
.		/ /			\$
.		/ /			\$
.		/ /			\$

* Mã thủ thuật và chẩn đoán có thể không có sẵn để dùng trong các yêu cầu dành cho nhà cung cấp dịch vụ bán lẻ hoặc nhà cung cấp dịch vụ nước ngoài.

† Tiêu chí yêu cầu một năm sẽ được miễn nếu quý vị hoặc thành viên phụ thuộc được bảo hiểm của quý vị không có năng lực pháp lý để nộp bằng chứng trong năm đó.

Cần có chữ ký của Hội Viên Ambetter

Tổng Số Tiền Đã Thanh Toán

Ambetter from Superior HealthPlan tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên Bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. Ambetter from Superior HealthPlan không loại trừ mọi người hoặc đối xử với họ khác biệt vì lý do chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính.

Tôi xác nhận rằng thông tin nêu trên là đúng và chính xác và tôi đã nhận được các dịch vụ và thanh toán số tiền được yêu cầu nêu trên. Tôi xác nhận rằng nếu bất kỳ thông tin nào trên biểu mẫu này là thông tin sai lệch hoặc gian lận, bảo hiểm của tôi có thể sẽ bị hủy và tôi có thể phải chịu hình phạt hình sự và/hoặc dân sự vì gửi yêu cầu thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe sai sự thật. Tôi hiểu rằng khoản thanh toán bồi hoàn sẽ được thực hiện cho người đăng ký Chương Trình và sẽ chứa thông tin về dịch vụ (ví dụ: tên nhà cung cấp, ngày tháng, mô tả dịch vụ).

Tôi cũng hiểu rằng Ambetter from Superior HealthPlan có thể yêu cầu cung cấp mọi thông tin bổ sung mà họ cho là cần thiết để xác minh rằng các dịch vụ đã được tiếp nhận và việc thanh toán đã được thực hiện.

Tên Viết In Hoa	Chữ Ký	Ngày
-----------------	--------	------

Danh Sách Kiểm Tra

- Tôi đã hoàn thành toàn bộ và ký tên vào biểu mẫu này.
- Tôi gửi kèm theo các tài liệu về Bảng Chứng Dịch Vụ đã được tiếp nhận (xem trang trợ giúp để biết ví dụ về bảng chứng thanh toán).
- Tôi đã gửi kèm theo các tài liệu về Thanh Toán Dịch Vụ – không liên quan đến khoản đồng thanh toán hoặc khấu trừ theo chương trình (xem trang trợ giúp để biết ví dụ về bảng chứng thanh toán).
- Tôi hiểu rằng hầu hết các yêu cầu bồi hoàn đã hoàn thành đều được xử lý trong vòng 45 ngày. Các yêu cầu chưa hoàn thành và các yêu cầu dịch vụ được cung cấp bên ngoài Hoa Kỳ có thể mất nhiều thời gian hơn.

Vui lòng gửi biểu mẫu này và tất cả tài liệu tới:

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

BIỂU MẪU YÊU CẦU BẢO HIỂM Y TẾ BỒI HOÀN CHO HỘI VIÊN - TRANG TRỢ GIÚP / CÁC CÂU HỎI THƯỜNG GẶP

Câu hỏi	Trả lời
Biểu mẫu này được sử dụng để làm gì?	Biểu mẫu này được sử dụng để yêu cầu thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế đủ điều kiện mà quý vị đã tiếp nhận. Quý vị không nên sử dụng biểu mẫu này cho các dịch vụ Nhân Khoa, Nha Khoa hoặc Nhà Thuốc.
Trách nhiệm của tôi là gì?	Các khoản đồng thanh toán, khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và các dịch vụ không được đài thọ sẽ thuộc về trách nhiệm của bệnh nhân. Nếu quý vị tiếp nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp ngoài hệ thống và nhà cung cấp đó gửi hóa đơn nhiều hơn mức chi phí Thông Thường, Hợp Lý và Theo Thông Lệ, thì hội viên sẽ chịu trách nhiệm (nghĩa là lập hóa đơn khoản chênh lệch) về tổng số tiền đồng bảo hiểm và bất kỳ số tiền này vượt quá mức chi phí Thông Thường, Hợp Lý và Theo Thông Lệ. ĐÂY KHÔNG PHẢI LÀ GIẤY BẢO ĐẢM THANH TOÁN. Khoản thanh toán thực tế cho dịch vụ được đài thọ sẽ được thanh toán ở mức phù hợp theo quyền lợi chương trình của quý vị, và quý vị có thể sẽ chịu khoản chênh lệch giữa số tiền được phép của Ambetter Health và các khoản phí mà các nhà cung cấp dịch vụ tính trên hóa đơn.
Điều gì sẽ xảy ra nếu dịch vụ của tôi được hoàn thành bên ngoài khu vực dịch vụ?	Nếu quý vị tạm thời rời khỏi khu vực dịch vụ và gặp phải trường hợp cấp cứu về y tế hoặc sức khỏe hành vi, hãy nhớ báo cáo về trường hợp cấp cứu của quý vị cho chúng tôi trong vòng một (1) ngày làm việc. Tùy thuộc vào loại chương trình của quý vị mà khoản đồng thanh toán có thể được áp dụng cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu mà quý vị tiếp nhận tại phòng cấp cứu. Dịch vụ chăm sóc định kỳ hoặc duy trì sẽ không được đài thọ bên ngoài khu vực dịch vụ và <u>sẽ không</u> được bồi hoàn trừ khi được thu xếp trước với Ambetter trước khi tiếp nhận dịch vụ.
Điều gì sẽ xảy ra tiếp theo?	Sau khi yêu cầu của quý vị được xử lý, quý vị sẽ nhận được một bản Giải Thích về Quyền Lợi (EOB). EOB giải thích các khoản phí áp dụng cho khoản khấu trừ của quý vị (khoản tiền cố định mà quý vị phải thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ trước khi công ty bảo hiểm bắt đầu thanh toán) và mọi khoản phí mà quý vị có thể nợ nhà cung cấp dịch vụ. Vui lòng giữ EOB của quý vị trong hồ sơ để đề phòng trường hợp cần dùng sau này. Quý vị cũng có thể tham khảo sổ tay hội viên của mình tại AmbetterHealth.com.
Có thể quý vị chưa biết.	Quý vị sẽ nhận được quyền lợi cao hơn nếu sử dụng nhà cung cấp dịch vụ của Ambetter Health. Điều này có thể đặc biệt hiệu quả về mặt chi phí khi tiếp nhận các dịch vụ liên tục như dịch vụ trị liệu hoặc khi mua thiết bị y tế lâu bền.
Tôi nên liên hệ với ai nếu cần trợ giúp hoàn thành biểu mẫu này?	Hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-877-687-1196 (Tiếp Âm Texas/TTY 1-800-735-2989)
Tên Trường	Mô Tả
Thông Tin Người Đăng Ký	Người đăng ký là người: Ghi danh tham gia Ambetter from Superior HealthPlan và ký tên vào biểu mẫu đăng ký hội viên thay mặt cho chính họ và bất kỳ người phụ thuộc nào. Lệ phí bảo hiểm được thanh toán theo tên của người này.
Số ID Hội Viên Ambetter của Bệnh Nhân	Số ID kèm theo hậu tố, được in trên mặt trước của thẻ ID Hội Viên Ambetter from Superior HealthPlan.
Tên Bệnh Nhân	Họ Tên và Chữ Cái Đầu của Tên Đệm của bệnh nhân đã tiếp nhận dịch vụ.
Ngày Sinh của Bệnh Nhân	Ngày sinh: tháng (2 chữ số), ngày (2 chữ số), năm (4 chữ số). Ghi ngày sinh của trẻ sơ sinh vào cùng ô với ngày sinh của cha/mẹ.
Tên, Địa Chỉ, Số Điện Thoại, Mã Số Thuế Liên Bang của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ:	Nhà cung cấp bao gồm nhưng không giới hạn ở bệnh viện, bác sĩ, chuyên viên đo thị lực, bác sĩ tâm thần, nhân viên xã hội lâm sàng được cấp phép, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền.
Bệnh nhân được điều trị trong môi trường nào?	Ví dụ như văn phòng, phòng cấp cứu, bệnh viện ngoại trú (chụp X-quang, xét nghiệm), bệnh viện nội trú, phòng khám, cửa hàng cung cấp vật tư y tế.
Nếu các dịch vụ được cung cấp bên ngoài Hoa Kỳ	Nếu có thể, hãy nêu rõ dịch vụ được cung cấp ở quốc gia nào, hóa đơn và bằng chứng thanh toán được viết bằng ngôn ngữ nào (nếu không phải tiếng Anh) và hóa đơn đã được thanh toán bằng loại tiền tệ nào.
Chẩn đoán: Lý do thăm khám bệnh nhân là gì?	Cung cấp mã chẩn đoán và mô tả chi tiết về bệnh hoặc thương tích (ví dụ: cúm, gãy chân, rối loạn hưng-trầm cảm, hen suyễn)
(Những) Ngày Cung Cấp Dịch Vụ	(Những) ngày dịch vụ được cung cấp cho bệnh nhân.
Thủ Thuật, Dịch Vụ hoặc Vật Tư Được Cung Cấp	Cung cấp mã thủ thuật và mô tả chi tiết (ví dụ: chụp X-quang, thăm khám tại phòng mạch, xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, bó bột chân, vv.)
Tổng Số Tiền Đã Thanh Toán	Tổng số tiền quý vị đang yêu cầu bồi hoàn.
Bằng Chứng Dịch Vụ	Một tài liệu chứng minh rằng dịch vụ đã thực sự được cung cấp, liệt kê (những) ngày cung cấp dịch vụ, (những) dịch vụ được cung cấp và số tiền đã thanh toán.
Bằng Chứng Thanh Toán	Một tài liệu chứng minh rằng khoản thanh toán do hội viên thực hiện đã được nhà cung cấp dịch vụ nhận được. Các ví dụ bao gồm: Mặt trước và mặt sau của tờ séc bị hủy viết cho nhà cung cấp dịch vụ hoặc ngân hàng mã hóa mặt trước của tờ séc được viết cho nhà cung cấp dịch vụ; một bản sao kê hoặc biên lai thẻ tín dụng; một tuyên bố từ nhà cung cấp dịch vụ, trên tiêu đề thư của nhà cung cấp dịch vụ có chữ ký được ủy quyền cho biết khoản thanh toán đã được thực hiện; một biên lai dành cho các mặt hàng đã mua kèm theo tên và địa chỉ của nhà cung cấp dịch vụ được in sẵn trên biên lai, cùng với các mặt hàng được liệt kê và số tiền đã thanh toán.

Vui lòng gửi biểu mẫu này và tất cả tài liệu tới:

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

Ambetter from Superior HealthPlan được bảo trợ bởi Celtic Insurance Company, đơn vị cung cấp Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế Đủ Điều Kiện trên Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế Texas.

Đây là thư mời chào mua bảo hiểm. © 2023 Celtic Insurance Company. All rights reserved.

AMB22-TX-C-00098