

## 保戶醫療報銷理賠表

請使用本理賠表報銷符合條件的自付**醫療**費用。請將本表和所需文件**郵寄**至：  
Wellcare By Health Net Member Reimbursement Department • P.O. Box 9030 • Farmington, MO 63640-9030.  
請每位保戶提交一份表格。

**重要說明：**請僅在申請**醫療**服務報銷時使用本表。本表**不得**用於藥房報銷。如果針對藥房、D 部分、例行性牙科、聽力、交通運輸、視力、健身或 Flex 卡服務申請報銷，請與您的福利管理員或保戶服務部聯絡。聯絡資訊在您的 ID 卡背面。

如需報銷醫療服務，請嚴格遵循以下說明：

### A. 填寫本表。

- 用正楷清晰書寫您的 Wellcare By Health Net ID 卡上所示的姓名和保戶 ID 號碼。
- 提供您的郵寄地址並附上您的電話號碼。
- 說明您申請報銷的原因。
- 提供您申請報銷的服務日期。（這是提供服務的日期。）分別列出每次服務的日期或每次入院的日期。
- 用正楷清晰書寫提供服務的醫生姓名或機構名稱。
- 簡要說明提供的服務。
- 列出針對各服務項目申請的金額。
- 將各項服務費用加在一起，並提供所有服務報銷申請的總金額。

### B. 每個明細帳單必須包含以下所有資訊：

- 每項服務的日期
- 每項服務的地點 – 醫生診所、獨立化驗室、門診醫院、住院醫院、護理院、患者家中
- 提供的每項手術或醫療服務或用品的說明
- 每項服務的收費
- 醫生的姓名和地址或供應商的名稱和地址。很多時候，帳單會顯示多位醫生的姓名或多個供應商的名稱。確定為您提供治療的醫生或供應商非常重要。只需在帳單上圈出他們的姓名或名稱即可。

### C. 付款證明文件：

- 註銷支票的副本（正面和背面）
- 顯示已向醫療服務提供者付款的信用卡對帳單
- 醫療服務提供者提供的發票/對帳單，其中顯示醫療服務提供者的名稱、地址、電話號碼、服務日期、提供的服務以及標記為已透過現金、支票或信用卡等付款方式付款後的餘額

保戶姓名 \_\_\_\_\_ 保戶 ID \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號： \_\_\_\_\_

請簡要說明您的申請：

服務日期	醫療服務提供者名稱	服務說明	申請金額

報銷申請的總金額 \_\_\_\_\_

本人證明上述資訊真實準確，我已接受服務並按上述金額支付費用。本人確認，如果本表上的任何資訊具有誤導性或欺詐性，我可能會因提交虛假醫療保健理賠而受到刑事和/或民事處罰。

正楷書寫姓名： \_\_\_\_\_ 簽名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

當您填寫完本表並附上您的醫生或供應商提供的明細帳單和付款收據後，Wellcare By Health Net 將審查您的報銷申請。我們將在收到後的 60 天內處理所有申請。請注意，您必須在全額支付帳單之後才能提交本報銷申請，並且必須在本申請表中隨附所有必需的文件。請將本表和所需文件郵寄至：Wellcare By Health Net Member Reimbursement Department • P.O. Box 9030 • Farmington, MO 63640-9030.

請與您的計畫聯絡以瞭解詳情。