

가입자 의료비 환급 클레임 양식

이 클레임 양식을 사용하여 환급 가능 본인 부담 **의료** 비용을 환급받으십시오. 양식과 필요한 서류를 **우편**으로 제출해 주십시오. 주소:

Wellcare By Health Net Member Reimbursement Department • P.O. Box 9030 • Farmington, MO 63640-9030.
가입자당 1개의 양식을 제출해 주십시오.

중요 사항: 의료 서비스에 대한 환급 요청에만 이 양식을 사용하십시오. 본 양식을 약국 환급 목적으로 사용해서는 **안 됩니다**. 약국, Part D, 정기적인 치과, 청각, 이송, 시력, 피트니스 또는 플렉스 카드 서비스에 대한 요청인 경우 혜택 관리자 또는 가입자 서비스에 문의해 주십시오. 연락처는 ID 카드 뒷면에 있습니다.

의료 서비스의 환급에 대해 다음 지침을 주의 깊게 따르십시오.

A. 양식 작성

- Wellcare By Health Net ID 카드에 나와 있는 이름과 가입자 ID 번호를 정자체로 기재합니다.
- 우편 주소와 전화번호를 적습니다.
- 환급 요청 사유를 설명합니다.
- 환급 요청 대상 서비스 날짜를 기재합니다. (서비스를 받은 날짜입니다.) 입원/병원 입원의 경우 서비스 날짜 또는 입원 날짜를 각각 별도로 나열합니다.
- 서비스를 제공한 의사 또는 시설의 이름을 정자체로 기재합니다.
- 제공된 서비스를 간단히 설명합니다.
- 개별 서비스 라인에 대해 요청 금액을 나열합니다.
- 모든 개별 라인을 합하여 모든 서비스에 대한 총 환급 요청 금액을 기재합니다.

B. 각 항목별 청구서는 다음 정보를 모두 포함해야 합니다.

- 각 서비스 날짜
- 각 서비스 장소 - 의사 진료실, 독립 임상 병리실, 외래 환자 병원, 입원 환자 병원, 요양원, 환자의 집
- 제공된 각 외과 또는 의료 서비스 또는 용품에 대한 설명
- 각 서비스의 비용
- 의사 또는 공급업체의 이름 및 주소 청구서에 여러 의사 또는 공급업체의 이름이 나와 있는 경우가 많습니다. 귀하를 치료한 사람을 확인하는 것이 매우 중요합니다. 청구서의 해당 이름에 동그라미를 치면 됩니다.

C. 지불 증명 서류:

- 취소된 수표 사본(앞면 및 뒷면)
- 의료 제공자에게 지불된 것으로 표시된 신용 카드 명세서
- 의료 제공자의 이름, 주소, 전화번호, 서비스 날짜, 제공된 서비스, 지불된 것으로 표시된 잔액, 지불 방법(현금, 수표 또는 신용 카드)을 보여주는 의료 제공자의 청구서/명세서

가입자 이름 _____ 가입자 ID _____

주소 _____ 전화번호: _____

도시 _____ 주 _____ 우편번호: _____

요청에 대한 간략한 설명을 적어 주십시오.

| 서비스 날짜 | 의료 제공자 이름 | 서비스 내용 | 요청 금액 |
|--------|-----------|--------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

총 환급 요청 금액 _____

본인은 위의 정보가 사실이고 정확하며 위에 명시된 금액으로 서비스를 받았고 비용을 지불했음을 증명합니다. 본인은 이 양식에 있는 정보가 오해의 소지가 있거나 사기성이 있는 경우 허위 의료 클레임 제출에 대해 형사 및/또는 민사 처벌을 받을 수 있음을 확인합니다.

이름(정자체): _____ 서명: _____

날짜: _____

이 양식을 작성한 다음 의사 또는 공급업체의 항목별 청구서와 지불 영수증을 첨부하여 보내주시면 Wellcare By Health Net에서 귀하의 환급 요청을 검토할 것입니다. 모든 요청은 접수 후 60일 이내에 처리됩니다. 이 환급 요청서를 제출하기 전에 청구 금액을 전액 지불해야 하며 필요한 모든 서류를 요청서와 함께 제출해야 합니다. 양식과 필요한 서류를 우편으로 제출해 주십시오. 주소: Wellcare By Health Net Member Reimbursement Department • P.O. Box 9030 • Farmington, MO 63640-9030.

자세한 내용은 플랜에 문의하십시오.