



Biểu Mẫu Yêu Cầu Bồi Hoàn Chi Phí Y Tế Của Hội Viên

Sử dụng biểu mẫu yêu cầu này để được bồi hoàn những chi phí **y tế** tự trả đủ điều kiện. **GỬI** biểu mẫu và giấy tờ bắt buộc qua đường bưu điện đến địa chỉ:

Wellcare By Health Net Member Reimbursement Department • P.O. Box 9030 • Farmington, MO 63640-9030.

Mỗi hội viên vui lòng chỉ gửi một biểu mẫu.

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Chỉ sử dụng biểu mẫu này khi yêu cầu bồi hoàn cho các dịch vụ **Y TẾ**. Biểu mẫu này **KHÔNG** được sử dụng cho các Khoản Bồi Hoàn Nhà Thuốc. Vui lòng liên hệ với Cán Bộ Quản Lý Quyền Lợi của quý vị hoặc Ban Dịch Vụ Hội Viên nếu yêu cầu liên quan đến Nhà Thuốc, Phần D, Dịch Vụ Nha Khoa, Thính Lực, Đưa Đón, Thị Lực, Thẻ Dục định kỳ hoặc dịch vụ thẻ Flex. Thông tin liên lạc có ở mặt sau thẻ ID của quý vị.

Để được bồi hoàn cho các Dịch Vụ Y Tế, HÃY THỰC HIỆN CHÍNH XÁC THEO NHỮNG HƯỚNG DẪN SAU:

A. Hoàn thành biểu mẫu này.

- Viết tên in hoa và số ID Hội Viên như trên Thẻ ID Wellcare By Health Net của quý vị.
- Cung cấp địa chỉ nhận thư và số điện thoại của quý vị.
- Mô tả lý do quý vị yêu cầu bồi hoàn.
- Ghi rõ ngày cung cấp dịch vụ mà quý vị đang yêu cầu bồi hoàn. (Đây là ngày mà dịch vụ được cung cấp.) Liệt kê riêng từng ngày cung cấp dịch vụ hoặc ngày nhập viện cho những lần điều trị nội trú/nằm viện.
- Viết tên in hoa của bác sĩ hoặc cơ sở cung cấp dịch vụ.
- Cung cấp thông tin mô tả ngắn gọn về dịch vụ được cung cấp.
- Liệt kê số tiền yêu cầu cho từng dòng dịch vụ.
- Cộng tất cả các dòng dịch vụ và cung cấp tổng số tiền yêu cầu bồi hoàn cho tất cả các dịch vụ.

B. Mỗi hóa đơn được ghi rõ từng khoản **PHẢI** bao gồm tất cả những thông tin sau:

- Ngày cung cấp từng dịch vụ
- Địa điểm cung cấp từng dịch vụ – Văn Phòng Bác Sĩ, Phòng Xét Nghiệm Độc Lập, Bệnh Viện Ngoại Trú, Bệnh Viện Nội Trú, Viện Dưỡng Lão, Nhà Bệnh Nhân
- Mô tả từng dịch vụ phẫu thuật hoặc y tế hoặc vật tư được cung cấp
- Chi phí cho **MỖI** dịch vụ
- Tên và địa chỉ của bác sĩ hoặc nhà cung cấp. Đôi khi, hóa đơn có ghi tên của một số bác sĩ hoặc nhà cung cấp. **ĐIỀU VÔ CÙNG QUAN TRỌNG LÀ QUÝ VỊ PHẢI XÁC ĐỊNH ĐƯỢC BÁC SĨ HOẶC NHÀ CUNG CẤP ĐÃ ĐIỀU TRỊ CHO MÌNH.** Chỉ cần khoanh tròn vào tên của họ trên hóa đơn.

C. Giấy Tờ Chứng Minh Thanh Toán:

- Bản sao séc đã hủy (mặt trước và sau)
- Bảng sao kê thẻ tín dụng ghi rằng nhà cung cấp đã được thanh toán
- Hóa đơn/bảng sao kê từ nhà cung cấp ghi rõ tên, địa chỉ, số điện thoại của nhà cung cấp, (các) ngày cung cấp dịch vụ, các dịch vụ được cung cấp và số dư được đánh dấu là đã thanh toán bằng phương thức thanh toán – tiền mặt, séc hoặc thẻ tín dụng

Tên Hội Viên _____ ID Hội Viên _____

Địa Chỉ _____ Số Điện Thoại: _____

Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã ZIP: _____

Vui lòng cung cấp thông tin mô tả ngắn gọn về yêu cầu của quý vị:

Ngày Cung Cấp Dịch Vụ	Tên Nhà Cung Cấp	Mô Tả Dịch Vụ	Số Tiền Yêu Cầu

Tổng Số Tiền Yêu Cầu Bồi Hoàn _____

Tôi xác nhận rằng thông tin nêu trên là đúng và chính xác và tôi đã nhận được các dịch vụ và được thanh toán số tiền nêu trên. Tôi xác nhận rằng nếu bất kỳ thông tin nào trên biểu mẫu này là thông tin sai lệch hoặc gian lận, tôi có thể phải chịu hình phạt hình sự và/hoặc dân sự vì gửi yêu cầu thanh toán dịch vụ chăm sóc sức khỏe sai sự thật.

Tên Viết In Hoa: _____ Chữ Ký: _____

Ngày: _____

Wellcare By Health Net sẽ xem xét yêu cầu bồi hoàn của quý vị sau khi quý vị hoàn thành biểu mẫu này và gửi kèm hóa đơn ghi rõ từng khoản cũng như biên lai thanh toán từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp của quý vị. Tất cả các yêu cầu sẽ được xử lý trong vòng 60 ngày kể từ ngày nhận. Xin lưu ý, hóa đơn của quý vị phải được thanh toán đầy đủ **trước khi** quý vị có thể gửi yêu cầu bồi hoàn này và phải gửi kèm tất cả các giấy tờ cần thiết theo yêu cầu này. GỬI biểu mẫu và các giấy tờ cần thiết qua đường bưu điện đến: Wellcare By Health Net Member Reimbursement Department
• P.O. Box 9030 • Farmington, MO 63640-9030.

Vui lòng liên hệ với chương trình của quý vị để biết thông tin chi tiết.