

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 WellCare of New Jersey 记录在案的地址寄给计划保户 (定义请参阅“帮助页”) (如需查看记录地址, 请登录 Ambetter.WellCareNewJersey.com 或致电会员服务部 1-844-606-1926 [TTY 711])。
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 (年/月/日): | 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务 ID 号码: | 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 WellCare of New Jersey 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 WellCare of New Jersey 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 WellCare of New Jersey 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。

正楷签名 _____ 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 WellCare of New Jersey • 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：1-844-606-1926 (TTY 711) |
| 字段名称 | 描述 |
| 保户信息 | 保户是指以下人士： 加入 Ambetter from WellCare of New Jersey，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 WellCare of New Jersey 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务 ID 号码： | 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 WellCare of New Jersey • Claims Department-Member Reimbursement • P.O. Box 5010 • Farmington, MO 63640-5010

Ambetter from WellCare of New Jersey 由 WellCare Health Insurance Company of New Jersey, Inc. 承销，该公司是 New Jersey Health Insurance Marketplace 的合格健康计划发行商。

这是一份保险招标文件。© 2023 WellCare Health Plans of New Jersey, Inc. All rights reserved.

AMB22-NJ-C-00098