

會員費用報銷申請表

說明：

- 請填寫本表格以針對您**支付**給保健業者的費用申請費用報銷。
- 如果您尚未向保健業者付費，**請勿使用本表格**。煩請保健業者使用CMS 1500或UB-04索賠申請表直接向我們請款。
- 請確認保健業者擁有您的Kaiser Permanente會員資訊。
- 請將表格填妥並在表格上簽名。請寄送所有必要的文件。**我們會將未填妥或未簽名的表格退還給您。**
- 如果您是代表其他人填寫表格，請附上授權書或代表委任表。如果是由父母代表未成年子女或法定受撫養人簽名，則不需要提交上述額外表格。
- 請保留一份本表格及所有文件的副本作為紀錄。
- 如對本表格有疑問或需要與本表格有關的協助，請致電下列電話號碼與會員服務部聯絡。

A部分：患者資訊

姓氏

名字 中間名首字母

患者地址

城市 州 郵遞區號

郵寄地址 郵寄地址如與住家地址相同，請勾選此處

城市 州 郵遞區號

出生日期（月月／日日／年年年） 醫療紀錄號碼（列於會員卡上）
 / /

患者是否受保於Medicare？ 是 否 接受醫護服務的原因是否是因交通事故？ 是 否

患者是否受保於Medicaid/Medi-Cal？ 是 否 這是否是一項處方藥的費用報銷申請？ 是 否

患者是否同時受保於Medicare和Medicaid/Medi-Cal？ 是 否

患者是否享有其他健康保險承保？ 是 否 如回答「是」，請填寫下方的B部分。

B部分：其他保險資訊

其他保險公司的名稱和地址

投保人會員卡號碼	團體編號
雇主名稱	保險公司電話號碼

C部分：治療說明（選填）

請說明您所接受的服務。請解釋為何沒有在Kaiser Permanente接受治療。

您是否有使用救護車？

是 否

如回答「是」，救護車是誰叫的？

患者 Kaiser Permanente 警察／消防隊 其他：

患者是否有住院？

是 否

如回答「是」—住院日期（月月／日日／年年年年）

/ /

如回答「是」—出院日期（月月／日日／年年年年）

/ /

D部分：申請費用報銷的必要資訊

為了避免處理遭到延遲，您**必須**提供下列資訊：

- 1.付款證明：**我們需要您向保健業者付款的證明。請將收據、銀行對帳單、原始支票的影本（正反面）或可以證明您支付給保健業者之金額的任何其他文件寄給我們；**以及**
- 2.保健業者的帳單：**請將您所支付的保健業者帳單影本寄給我們。請包含所有頁面以及任何詳細的對帳單。或者，如果沒有帳單的影本，請提供下列資訊：

患者姓名和醫療紀錄號碼	
服務日期	
保健業者姓名／名稱（醫生、醫院、救護車服務、藥房、化驗室等）	
提供服務的地址（醫院地址、醫生地址等）	
您所接受的服務（X光檢查、診所就診、注射、處方藥等）	
帳單金額	

註：提交的所有文件和資訊皆必須要可以辨讀，否則文件將會遭到退回。

E部分：搭乘郵輪或國外旅行費用報銷所需的證明文件

服務是否是在搭乘郵輪或於國外旅行期間提供？ 是 否，如回答「否」，請跳過此部分。如回答「是」，請提供以下資訊。

- 旅行證明：旅行文件；如機票或行程的影本（選擇性提供）
- 正本詳細服務帳單的影本（醫生、醫院及處方藥）
- 任何相關的醫療紀錄，包括醫療報告、醫院住院紀錄、急診室紀錄等影本。
- 針對包括處方藥在內之服務付款的證明，（收據或銀行對帳單、支票的正反面影本或可以證明您支付給保健業者之金額的任何其他文件）

註：提交的所有文件和資訊皆必須要可以辨讀，否則文件將會遭到退回。

患者簽名

本人證明，就本人所知，本人在本表格所提供的資訊皆正確無誤。本人授權公開本人在本表格所列之日期所接受的所有保健服務相關資訊。本人瞭解，Kaiser Foundation Health Plan, Inc.需要這些資訊來處理本人的費用索賠。

患者／授權代表姓名（若患者是未成年人或法定受撫養人，則填寫父母姓名）

患者／授權代表簽名（若患者是未成年人或法定受撫養人則由父母簽名）

簽名日期

最佳聯絡／電話號碼：

申請費用報銷的郵寄地址和會員服務部電話號碼

科羅拉多州

索賠地址

P.O.Box 373150

Denver, CO 80237-9998

會員服務部

1-303-338-3800

喬治亞州

索賠地址

P.O. Box 370010

Denver, CO 80237-9998

會員服務部

1-888-865-5813

加州 - 南加州

索賠地址

P.O.Box 7004

Downey, CA 90242-7004

會員服務部

1-800-464-4000

馬里蘭州、哥倫比亞特區或維吉尼亞州

索賠地址

P.O.Box 371860

Denver, CO 80237-9998

會員服務部

1-800-777-7902

夏威夷州

索賠地址

P.O.Box 378021

Denver, CO 80237-9998

會員服務部

1-800-966-5955

加州 - 北加州

索賠地址

P.O.Box 12923

Oakland, CA 94604-2923

會員服務部

1-800-464-4000

西北地區

索賠地址

P.O.Box 370050

Denver, CO 80237-9998

會員服務部

1-800-813-2000

華盛頓州KP

KPWA Claims Administration

P.O. Box 30766

Salt Lake City, UT 84130-0766

會員服務部

1-888-767-4670

自費會員

KPIC Self-Funded Claims Administration

P.O.Box 30547

Salt Lake City, UT 84130-0547

會員服務部

1-800-533-1833