



Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Hoàn Y Phí

Medical Claim Reimbursement Form

Thông Tin của Người Đứng Tên (Nhân Viên) Bảo Hiểm Valley Health Plan

Tên Người Đứng Tên Bảo Hiểm (Họ, Tên, Chữ lót) _____ Số An Sinh Xã Hội _____ Số Hồ Sơ Bệnh Lý _____

Địa chỉ Người Đứng Tên Bảo Hiểm (tên đường, Thành Phố, Tiểu Bang, Zip Code) _____

Ngày sinh Người Đứng Tên Bảo Hiểm _____ Ngày _____ / _____ / _____
Điện thoại nhà _____ Người Đứng Tên Bảo Hiểm _____
_____ () _____
_____ Nam _____ Độc thân _____ Ly dị _____ Ly thân hợp pháp
_____ Nữ _____ Có gia đình _____ Góa

Quý vị hoặc bệnh nhân có bảo hiểm nào khác, kể cả Medicare, or Medi-Cal? _____ Có _____ Không
Nếu CÓ bảo hiểm khác, ghi tên, địa chỉ, và số chính sách của công ty bảo hiểm sức khỏe này: _____

Thông Tin về Bệnh Nhân

(Nếu Người Đứng Tên Bảo Hiểm là bệnh nhân thì không cần điền phần này.)

Tên của Bệnh Nhân (Họ, Tên, Chữ lót) _____ Ngày sinh _____ Ngày _____ / _____ / _____
_____ Nam _____ Độc thân
_____ Nữ _____ Có gia đình

Địa chỉ của bệnh nhân (tên đường, thành phố, tiểu bang, ZIP code) _____ Liên hệ của bệnh nhân với nhân viên đứng tên bảo hiểm:
_____ bản thân _____ Vợ/Chồng _____ Con _____ Liên hệ khác
Học sinh toàn thời gian: _____ Đúng _____ Không

Thông Tin về Yêu Cầu Bồi Hoàn

Bệnh Trạng/Lý Do Điều Trị: _____

Nếu cần, dùng một tờ giấy khác để giải thích rõ chi tiết

Có liên lạc với VHP để xin Chấp Thuận dịch vụ điều trị này? _____ Có _____ Không

(Các) Dịch vụ này có được giới thiệu bởi: _____ PCP _____ Y Sĩ _____ Valley Connection _____ Nhà Thuốc _____ Nơi khác _____

Ngày nhận dịch vụ: _____ Người cung cấp dịch vụ: _____ Số tiền đã trả cho dịch vụ: \$ _____

Nếu cần, dùng một tờ giấy khác để ghi rõ các dịch vụ Tổng số tiền đã trả cho tất cả các dịch vụ: \$ _____

Đây có phải là tổn thương do nghề nghiệp -Workers Compensation (WC) hoặc tai nạn xe hoặc một tai nạn gì khác? _____ Có _____ Không
Nếu CÓ, ghi rõ các chi tiết sau đây:

Ngày xảy ra tai nạn: _____ / _____ / _____ Tên hãng Bảo Hiểm Xe hoặc Bồi Thường Lao Động (Workers Comp) _____

Hồ sơ yêu cầu bồi thường tai nạn xe hoặc Workers Comp Claim số # _____ Mô tả tai nạn xảy ra như thế nào, lúc nào và nơi nào: _____

Bệnh trạng hoặc sự tổn thương trong đơn bồi hoàn y phí này có liên quan đến việc làm/sở làm của quý vị không? _____ Có _____ Không

Quý vị có được bồi hoàn một phần hoặc toàn bộ y phí này từ một chương trình tài trợ nào khác cung cấp quyền lợi hoặc dịch vụ về y khoa hay không?
_____ Có _____ Không Nếu CÓ, ghi các chi tiết về chương trình tài trợ này. _____

Chữ Ký Ủy Quyền Cung Cấp Thông Tin

Tôi ủy quyền cho hãng bảo hiểm, tổ chức, sở làm, bệnh viện, bác sĩ, bác sĩ giải phẫu, hoặc nhà thuốc được cung cấp các thông tin mà VHP yêu cầu. Bản sao của giấy ủy quyền này vẫn có hiệu lực và giá trị như bản chính.

Chữ Ký của Người Đứng Tên Bảo Hiểm hoặc Bệnh Nhân. Cha/Mẹ phải ký tên cho trẻ em vị thành niên. Ngày: _____
_____ / _____ / _____

Để bảo vệ quý vị, luật California quy định thông tin sau đây phải được ghi trong mẫu đơn này: Bất cứ người nào cố ý làm đơn yêu cầu bồi thường tiền cho một sự việc giả tạo hoặc lừa dối, là vi phạm luật và có thể bị phạt tiền và phạt tù trong trại giam của tiểu bang.

Nếu được chấp thuận, một chi phiếu bồi hoàn tiền sẽ được gửi đến Người Đứng Tên Bảo Hiểm tại địa chỉ đã ghi trong hồ sơ VHP, hoặc đến Người Cung Cấp Dịch Vụ, nếu thích hợp, trong vòng 45 ngày làm việc.

Thủ Tục Nộp Đơn Yêu Cầu Bồi Hoàn Y Phí
(How To File A Medical Claim Reimbursement Form)

Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Hoàn Y Phí (Medical Claim Reimbursement Form) phải được nộp cho Valley Health Plan trong vòng chín mươi (90) ngày kể từ ngày nhận dịch vụ.

1. Hoàn tất và ký tên vào “Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Hoàn Y Phí”.
2. Gửi “Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Hoàn Y Phí” cùng với các biên nhận nguyên thủy, hóa đơn ghi chi tiết từng mục nguyên thủy, hoặc bảng liệt kê các dịch vụ, của người cấp dịch vụ, chứng từ trả tiền và hồ sơ bệnh lý.

a) Biên Nhận Trả Tiền phải có các chi tiết sau đây:

- Tên của bệnh nhân, và
- Tên của Bác Sĩ, Bệnh Viện, toa thuốc/nhà thuốc hoặc nơi cung cấp, và
- Ngày trả tiền, và
- Số tiền đã trả.

Các chứng từ khác như bản sao chi phiếu đã được rút tiền hoặc biên nhận thẻ tín dụng (credit card) có thể sẽ được cần đến.

b) Mỗi hóa đơn ghi chi tiết từng mục hoặc bảng liệt kê các dịch vụ của người cấp dịch vụ (như bác sĩ, bệnh viện) phải có các chi tiết sau đây :

- Tên của bệnh nhân, và
- (Các) Ngày cung cấp dịch vụ, và
- Tính chất của bệnh trạng hoặc bệnh hoạn – kể cả (các) mã số hóa đơn của bệnh viện.

Trong trường hợp biên nhận của nước ngoài thì số tiền trả sẽ được tính theo hối suất của mỹ kim của ngày cung cấp dịch vụ.

3. Quý vị có thể gửi qua bưu điện hoặc mang Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Hoàn Y Phí, cùng với hóa đơn, hoặc bảng liệt kê các dịch vụ, biên nhận, và hồ sơ bệnh lý đến:

Attention: Member Services
Valley Health Plan
2325 Enborg Lane, Suite 290
San Jose, CA 95128