

# 2024 - 2025 年保戶報銷醫療理賠表

僅供醫療理賠使用 - 每家醫療服務提供者、每位家庭成員請填寫一份表格

## 說明

1. 您將需要醫療服務提供者協助並提供資訊，以填寫本表格，包括程序代碼和診斷代碼。建議攜帶赴診。也請參閱說明單，取得其他資訊。
2. 若要申請報銷，請在服務日期起一年內<sup>†</sup>，向列於本表格底部的地址提交以下內容（有任何資訊遺漏可能造成延遲或拒絕申請）：
  - a. 此份已填妥並簽名的報銷表
  - b. 提供服務的證明
  - c. 申請報銷之服務的付款證明
  - d. 包括逐項服務清單或零售項目，以供報銷審核。
3. 大部分完整的報銷申請會在 30 天內處理。不完整的申請以及對於在美國境外提供之服務的申請可能需要較長時間。
4. 報銷將會根據 Ambetter from Superior HealthPlan 記錄在案的地址（若要檢視您的記錄地址，請登入 Ambetter.SuperiorHealthPlan.com 或致電保戶服務部電話 1-877-687-1196 Texas 中繼電話/TTY 1-800-735-2989）寄送至計畫投保人（請參閱說明單了解定義）。
5. 所有收據和文件請保留一份副本作為自己的記錄。

## 投保人資訊

|     |     |        |
|-----|-----|--------|
| 姓氏： | 名字： | 中間名縮寫： |
|-----|-----|--------|

## 患者資訊

|                        |             |                                                                     |                                                                                   |
|------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 患者的 Ambetter 保戶 ID 編號： | 姓氏：         | 名字：                                                                 | 中間名縮寫：                                                                            |
| 出生日期 (MM/DD/YYYY)：     |             | 郵寄地址：                                                               |                                                                                   |
| 電話號碼：                  | 患者電子郵件地址：   | 患者是否有其他保險？<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 其他保險是否給付：<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（若是，請納入計畫的 EOB） |
| 其他保險公司名稱：              | 其他保險公司電話號碼： |                                                                     | 其他保單編號：                                                                           |

## 理賠資訊

（必須填寫此部分，且您將需要醫療保健提供者協助以填寫此部分）

|                                           |                  |                     |                                                                       |
|-------------------------------------------|------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 醫療服務提供者的名稱：                               | 醫療服務提供者的 NPI 號碼： | 醫療服務提供者的聯邦稅務 ID 編號： | 醫療服務提供者的電話號碼：                                                         |
| 組織/團體名稱：                                  | 組織 / 團體 NPI 號碼：  | 組織 / 團體電話號碼：        | 接受治療地點的環境：                                                            |
| 醫療服務提供者的地址：                               |                  |                     | 是否在美國境外接受服務？<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 疾病/受傷的詳細說明，包括受傷/疾病日期，若使用非簽約醫療服務提供者，請提供說明： |                  |                     |                                                                       |

| 診斷代碼 | 診斷描述（例如流感、腿部骨折、躁鬱症、氣喘） | 服務日期 | 程序代碼（對於每項提供的服務）* | 程序描述（例如 X 光、診所就診、化驗、腿部石膏等）* | 支付金額 |
|------|------------------------|------|------------------|-----------------------------|------|
| .    |                        | / /  |                  |                             | \$   |
| .    |                        | / /  |                  |                             | \$   |
| .    |                        | / /  |                  |                             | \$   |
| .    |                        | / /  |                  |                             | \$   |

每份表格的報銷申請不得超過 30 天/一個月。

\* 程序和診斷代碼可能不適用於零售或國外醫療服務提供者理賠。

<sup>†</sup> 若您的承保受撫養保戶沒有在該年提交這類證明的合法能力，將可免除一年要求。

需要 Ambetter 保戶簽名

支付總額

Ambetter from Superior HealthPlan 遵守適用的聯邦民權法律，不會基於種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而歧視任何人。Ambetter from Superior HealthPlan 不會因種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而排斥或區別對待他人。

本人證明上述資訊真實準確，我已接受服務並按上述申請的金額支付費用。本人確認，如果本表上的任何資訊具有誤導性或欺詐性，可能會取消我的保險，且我可能會因虛報醫療保健理賠而受到刑事和/或民事處罰。本人理解，將會向計畫投保人進行報銷付款，並且將會包含關於服務的資訊（例如醫療服務提供者名稱、日期、服務描述）。

本人也理解，Ambetter from Superior HealthPlan 為了驗證已接受服務且已進行付款，可能會要求其認為有必要的任何其他資訊。

|      |    |    |
|------|----|----|
| 正楷姓名 | 簽名 | 日期 |
|------|----|----|

## 檢查清單

1. 我已完整填寫並簽署此表格。
2. 我已附上接受的服務證明文件（請參閱說明單，查看付款證明的範例）。
3. 我已附上服務付款文件——與共付額或計畫自付額無關（請參閱說明單，查看付款證明的範例）。
4. 我瞭解大部分完整的報銷申請會在 45 天內處理。不完整的申請以及對於在美國境外提供之服務的申請可能需要較長時間。

請將此表格和所有文件提交至：

Ambetter from Superior HealthPlan • Claims Department-Member Reimbursement • P.O. Box 5010 • Farmington, MO 63640-5010

# 保戶報銷醫療理賠表 - 說明單/常見問題

| 問題                                    | 回答                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 此表格的用途是什麼？                            | 此表格用來要求給付您已接受的合格醫療照護。此表格不應用於視力、牙科或藥房服務。                                                                                                                                                                                                   |
| 我有什麼責任？                               | <p>共付額、自付額、共同保險和非承保服務將由患者負責支付。</p> <p>若您從網絡外服務提供者接受照護，且該醫療服務提供者收取的費用超過平常、合理且符合慣例的費用，則保戶應負責支付（即差額負擔）共同保險金額以及超過平常、合理且符合慣例的費用之任何金額的總和。</p> <p><b>這不是付款保證。</b>對於承保服務的實際付款將根據您的計畫福利按適當層級支付，且可能會向您收取 Ambetter Health 允許金額與醫療服務提供者收取費用之間的差額。</p> |
| 如果我的服務在服務區域外完成，該怎麼辦？                  | <p>如果您暫時在服務區域外，並且有醫療或行為健康緊急情況，請務必在一 (1) 個工作日內向我們回報您的緊急情況。</p> <p>根據您的計畫類型，共付額可能適用於在急診室接受的急診照護。</p> <p>服務區域外不承保例行性或維持型照護，而且也不會報銷，除非在接受服務之前透過 Ambetter 預先安排。</p>                                                                            |
| 接下來怎麼辦？                               | 處理您的理賠後，您將會收到福利說明 (EOB)。EOB 說明適用於您自付額的費用（您在保險公司開始給付之前為承保服務支付的固定金額）以及您可能對醫療服務提供者欠繳的任何費用。請保留您的 EOB 作為記錄，以免將來需要。您也可以 AmbetterHealth.com 參閱保戶手冊。                                                                                              |
| 您知道嗎？                                 | 如果您使用 Ambetter Health 醫療服務提供者，可以接受較高的福利。接受持續服務（例如治療服務）或購買耐用醫療設備時，這可能特別合乎成本效益。                                                                                                                                                             |
| 如果我在填寫此表格時需要協助，應該聯絡誰？                 | 請聯絡保戶服務部電話 1-877-687-1196（Texas 中繼電話/TTY 1-800-735-2989）                                                                                                                                                                                  |
| 欄位名稱                                  | 描述                                                                                                                                                                                                                                        |
| 投保人資訊                                 | <p>投保人：</p> <p>投保 Ambetter from Superior HealthPlan 並代表自己和任何受撫養人在保戶申請表簽名。以其姓名支付保費。</p>                                                                                                                                                    |
| 患者的 Ambetter 保戶 ID 編號                 | ID 編號含尾碼，可見於 Ambetter from Superior HealthPlan Health 保戶 ID 卡的正面。                                                                                                                                                                         |
| 患者姓名                                  | 接受服務之患者的姓氏和名字以及中間名縮寫。                                                                                                                                                                                                                     |
| 患者的出生日期                               | 出生日期：月（2 位數）、日（2 位數）、年（4 位數）。新生兒的出生日期請加在與父母相同的方塊中。                                                                                                                                                                                        |
| 醫療服務提供者的名稱、地址、電話號碼、醫療服務提供者聯邦稅務 ID 編號： | 醫療服務提供者包括（但不限於）醫院、醫師、驗光師、精神科醫師、持照臨床社工人員、耐用醫療設備供應商。                                                                                                                                                                                        |
| 患者在什麼環境下接受治療？                         | 例如診間、急診室、門診醫院（進行 X 光、檢測）、住院醫院、診所、醫療用品商店。                                                                                                                                                                                                  |
| 服務是否在美國境外提供？                          | 若適用，請指出在哪個國家提供服務、以哪一種語言（如果不是英文）撰寫帳單和付款證明，以及以哪一種貨幣支付帳單。                                                                                                                                                                                    |
| 診斷：患者求診的原因？                           | 請提供診斷代碼和詳細的疾病或受傷描述。（例如流感、腿部骨折、躁鬱症、氣喘）                                                                                                                                                                                                     |
| 服務日期                                  | 向患者提供服務的日期。                                                                                                                                                                                                                               |
| 提供的程序、服務或用品                           | 提供程序代碼和詳細描述。（例如 X 光、診所就診、化驗、腿部石膏等）                                                                                                                                                                                                        |
| 支付總額                                  | 您申請報銷的總額。                                                                                                                                                                                                                                 |
| 服務證明                                  | 證明確實提供服務的文件，列出服務日期、提供的服務和支付金額。                                                                                                                                                                                                            |
| 付款證明                                  | 證明服務提供者已收到保戶付款的文件。範例包括：寫給醫療服務提供者的已付支票正面和背面，或寫給醫療服務提供者的銀行編碼支票正面；信用卡對帳單或收據；來自醫療服務提供者的對帳單，抬頭有授權簽名，指出已進行付款；購買項目的收據，含有預先列印在收據上的醫療服務提供者名稱和地址，以及明細和支付金額。                                                                                         |

## 請將此表格和所有文件提交至：

Ambetter from Superior HealthPlan • Claims Department-Member Reimbursement • P.O. Box 5010 • Farmington, MO 63640-5010

Ambetter from Superior HealthPlan 包括由 Celtic Insurance Company 核保的 EPO 產品，以及由 Superior HealthPlan, Inc.核保的 HMO 產品。這些公司每個都是 Texas 健康保險交易市場的合格健保計畫發行者。本文件為保險招標文件。©2024 Celtic Insurance Company, ©2024 Superior HealthPlan, Inc.。All rights reserved。Ambetter.SuperiorHealthPlan.com。若要取得關於您免受歧視獲得 Ambetter from Superior HealthPlan 的權利、或是您獲得語言、聽力和／或視力協助服務的權利等相關資訊，請造訪 AmbetterHealth.com 並捲動到頁面最下方。

AMB22-AL-C-00098