

2024 - 2025 年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. 包括申请报销服务的逐项付款证明   d. 包括服务或零售用品的明细清单，以供报销审查。

3. 大多数已填妥的报销申请会在 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：

中间名字字母缩写：

患者信息

患者的 Ambetter 会员 ID 号码：

姓氏：

名字：

中间名字字母缩写：

出生日期（月/日/年）：

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？  
☐ 是   ☐ 否

其他保险是否进行了赔付：  
☐ 是   ☐ 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？  
☐ 是   ☐ 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）* | 诊疗程序描述（如 X 光、办公室就诊、化验、腿部石膏等）* | 已付金额  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------|-------------------|-------------------------------|-------|
| .                                                                                                      |                          | /   / |                   |                               | \$    |
| .                                                                                                      |                          | /   / |                   |                               | \$    |
| .                                                                                                      |                          | /   / |                   |                               | \$    |
| .                                                                                                      |                          | /   / |                   |                               | \$    |
| 每份表格的报销申请不超过 30 天/一个月。<br>* 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。<br>† 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，大多数已填妥的报销申请会在 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                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 这份表格有什么用途？                           | 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。<br>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）。<br><b>这并非付款保证。</b> 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。<br>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。<br>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：<br>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字母缩写。                                                                                                                                                                                              |
| 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。                                                                                                                                                                                                           |
| 提供的诊治疗程、服务或用品                        | 提供诊疗程序代码和详细描述（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，并列出具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。这是一份保险招标书。© 2024 WellCare Health Insurance Company of New Jersey, Inc., Ambetter.WellCareNewJersey.com。有关您有权不受歧视获得 Ambetter from WellCare of New Jersey 计划的信息，或您有权获得语言、听觉和/或视觉辅助服务的信息，请访问 AmbetterHealth.com 并滚动至页面底部。