

# 直接償付會員申請表 (DMR)

如果您已為聖馬刁健康計劃 (HPSM) 所承保的服務付款，可要求 HPSM 償付該款項。  
提交此申請表時，請附上服務提供者的聲明，當中需列出服務項目和費用，並一併附上該費用的付款證明。  
若只提供收銀機和信用卡收據作為購買證明，恕不受理。本計劃不保證償付。  
承保費用將以較低的金額償還：原始付款或最大計劃津貼(減去可能適用的任何費用分攤)。

## 會員資料 (每位患者須為每項服務提交一份申請表)

名字	姓氏	中間名縮寫		
HPSM 會員 ID	Medi-Cal CareAdvantage	HealthWorx (HMO) ACE	出生日期 (MM/DD/YYYY)	電話號碼
郵寄地址	市	州	郵遞區號	
服務提供者名稱	服務提供者電話號碼			

## 申請原因 (勾選所有適用項目)

- |                             |                                    |                                 |
|-----------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 醫療 | <input type="checkbox"/> 服務區域外急診   | <input type="checkbox"/> 未攜帶會員卡 |
| <input type="checkbox"/> 牙科 | <input type="checkbox"/> 網絡外的服務提供者 | <input type="checkbox"/> 其他：    |

如果 HPSM 不是您的主要保險，且您的主要保險已支付相關服務的費用，請填寫此部分。

已支付服務費用的主要保險類型。                      牙科                      醫療

主要保險公司名稱	
主要會員/投保人的姓名 (姓氏、名字、中間名縮寫)	主要會員/投保人的會員卡號

本人保證本申請表所列患者是聖馬刁健康計劃 (HPSM) 的會員，且此服務是向該患者提供。  
本人亦保證所提交的付款索償不符合無過失汽車保險或工傷賠償保險計劃的償付資格。  
我也授權向計劃管理人員、核保人、贊助投保人和 / 或雇主披露與此索償相關的所有資訊。

會員簽名	日期
無會員簽名的索償將遭拒。	

### 特別指示：

本申請表所附文件必須提供下列資訊，並確保資訊清楚可辨，否則可能導致償付延遲或遭拒。

- 提供者名稱和地址
- 提供的服務包括所有相關費用和主要承運人匯款通知的副本
- 提供的所有服務的明細賬單以及相關費用以及付款證明(來自提供商的收據、信用卡/借記卡對賬單)

本申請表和所附資料可用下列方式提交：

電郵：掃描文件並透過電郵  
傳送至  
[customersupport@hpsm.org](mailto:customersupport@hpsm.org)

或

郵寄至：Health Plan of San Mateo  
c/o Customer Support  
801 Gateway Boulevard, Suite 100  
South San Francisco, CA 94080

償付和相關信函將發送給主要會員。索償受限制和其他規定約束，並會有排除項目。