

直接償付會員申請表 (DMR)

如果您已為聖馬刁健康計劃 (HPSM) 健康護理計劃所承保的服務付款，您可要求 HPSM 退款給您。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。本計劃不保證會償付款項。承保服務費用將按照以下金額退還 (以金額較低者為準)：實際付款額或計劃的最高津貼額 (減去任何可能的分攤費用)。

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	加州低收入 醫療保險 (白卡) CareAdvantage	HealthWorx 計劃 (HMO) ACE
郵寄地址	市	州 郵遞區號
出生日期 (月/日/年份)	電話號碼	

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"/> 沒有帶會員卡 |
| <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。

服務費用已付的主要保險類型。 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，且此服務是為此患者提供。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/或僱主披露與此索償相關的所有資訊。

會員簽名 (沒有會員簽名的索償申請恕不受理。)	日期
-------------------------	----

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。

- 服務提供者的姓名及地址
- 提供的服務和所有相關費用，以及主要保險公司的匯款通知書
- 列明所有提供服務的帳單和相關費用及付款證明 (服務提供者的收據、信用卡/扣帳卡結單)

本申請表和所附資料可用下列方式提交：電郵 (附上掃描文件) 或郵寄 (附上紙印文件)

CareAdvantage 會員

電郵：CareAdvantageSupport@hpsm.org

郵寄：Health Plan of San Mateo
c/o The CareAdvantage Unit
801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, CA 94080

或

加州低收入醫療保險 (白卡)、HealthWorx 計劃和 ACE 計劃會員

電郵：MemberServicesSupport@hpsm.org

郵寄：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。索償受到限制、不承保服務和其他條款的約束。