

ФОРМА ПРЯМОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ РАСХОДОВ УЧАСТНИКА (DIRECT MEMBER REIMBURSEMENT, DMR)

Если вы заплатили за услуги, которые покрываются вашим медицинским страховым планом HPSM, вы можете попросить HPSM о компенсации. **Отправьте эту форму с заявлением от вашего поставщика медицинских услуг, в котором указаны услуги и их стоимость, а также документ, подтверждающий платеж, на такую же сумму. Обычный кассовый чек и чек об оплате кредитной картой без других документов не считаются подтверждением платежа. Возмещение не гарантируется.**

Покрываемые расходы будут возмещены в зависимости от того, какая сумма окажется меньше: первоначальный платеж или максимальное пособие по плану (за вычетом любого возможного распределения затрат).

Информация об участнике (одна форма на одного пациента и одну услугу)

Имя	Фамилия	Инициал отчества	
Идентификационный номер участника HPSM	Medi-Cal CareAdvantage	HealthWorx (HMO) ACE	
Почтовый адрес	Город	Штат	Почтовый индекс
Имя и фамилия (или название) поставщика медицинских услуг		Номер телефона поставщика медицинских услуг	

Причина запроса (выберите все подходящие ответы)

Медицинское обслуживание	Неотложная помощь за пределами зоны обслуживания	Не имел(-а) при себе идентификационной карточки
Стоматология	Поставщик медицинских услуг, не входящий в сеть	Прочее: _____

Заполните этот раздел, если план HPSM не является вашим первичным страхователем, а услуга уже оплачена вашей первичной страховкой

Тип первичной страховки, оплатившей услугу.	Стоматологическая	Медицинское обслуживание
---	-------------------	--------------------------

Название страховой компании, которая является первичным страхователем

Имя основного участника/подписчика (фамилия, имя, инициал отчества)	Идентификационный номер основного участника/подписчика
---	--

Я подтверждаю, что пациент, указанный в этой форме, является участником HPSM и что предоставленная услуга (или услуги) была предназначена для указанного пациента. Я также удостоверяю, что страховое требование (или требования) не подлежит оплате в рамках программы автомобильного страхования вне зависимости от виновника ущерба или страхования от несчастного случая на производстве. Я также разрешаю передачу всей информации, относящейся к данному страховому требованию (или требованиям) администратору плана, андеррайтеру, держателю спонсируемого полиса и/или работодателю.

Подпись участника (Страховые требования без подписи участника отклоняются.)

Дата

Особые инструкции:

Документы, предоставленные вместе с этой формой, должны содержать следующую информацию, написанную разборчиво. В противном случае возможна задержка или отказ в выплате возмещения.

- Имя и адрес провайдера
- Предоставляемые услуги со всеми сопутствующими расходами и копией извещения о денежном переводе основного перевозчика
- Подробный счет за все оказанные услуги с сопутствующими расходами с доказательством оплаты (квитанция от поставщика, выписка по кредитной/дебетовой карте)

Данную форму и сопутствующие материалы можно отправить:

По электронной почте: Отсканируйте документы и отправьте по электронному адресу customersupport@hpsm.org

или

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

Компенсация и письма будут направляться первичному участнику. В отношении страховых требований действуют ограничения, исключения и другие правила.