

# DIRECT MEMBER REIMBURSEMENT FORM (DMR)

Kung nagbayad kayo para sa mga serbisyong sakop ng inyong plano sa pangangalaga sa kalusugan ng HPSM, puwede ninyong hilingin sa HPSM na bayaran kayo. **Isumite ang form na ito kasama ng statement mula sa inyong tagabigay ng serbisyo na nagpapakita ng mga serbisyo at gastos, at katibayan ng pagbabayad para sa naturang gastos. Kung mga resibo lang ng cash register at credit card, hindi tatanggapin ang mga ito bilang katibayan ng pagbili. Walang garantiya ang reimbursement.**

**Ang mga sakop na gastos ay babayaran sa alinmang halaga na mas mababa:  
ang orihinal na bayad o ang maximum na allowance sa plano (binawasan ang anumang pagbabahagi sa gastos na maaaring ilapat).**

## Impormasyon ng Miyembro (isang form bawat pasyente bawat serbisyo)

Pangalan	Apelyido	Panggitnang Inisyal		
Medi-Cal	HealthWorx (HMO)			
ID ng Miyembro ng HPSM	CareAdvantage	ACE	Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY)	# ng Telepono
Mailing Address	Lungsod	Estado	Zip	
Pangalan ng Tagabigay ng Serbisyo	# ng Telepono ng Tagabigay ng Serbisyo			

## Dahilan ng Kahilingan (lagyan ng check ang lahat ng nalalapat)

Medikal	Emergency sa labas ng pinagsisilbihang lugar	Hindi ko dala ang ID card ko
Dental	Tagabigay ng Serbisyo na Wala sa Samahan	Iba pa: _____

## Kung hindi HPSM ang pangunahin ninyong insurance at nabayaran na ng pangunahin ninyong insurance ang serbisyo, sagutan ang seksyong ito

Uri ng pangunahing insurance na nagbayad ng serbisyo.      Dental      Medikal

Pangalan ng Kumpanya ng Pangunahing Insurance

Pangalan ng Pangunahing Miyembro/Subscriber (Apelyido, Pangalan, MI)

ID # ng Pangunahing Miyembro/Subscriber

Pinatutunayan ko na miyembro ng HPSM ang pasyenteng nakalista sa form na ito at para sa pinangalanang pasyente ang (mga) ibinigay na serbisyo. Pinatutunayan ko rin na ang (mga) claim na isinusumite para bayaran ay hindi kuwalipikado sa pagbabayad sa ilalim ng no-fault na insurance program para sa sasakyan o bayad-pinsala para sa mga manggagawa (workers compensation). Pinapahintulutan ko rin ang pagbabahagi ng lahat ng impormasyong nauugnay sa (mga) claim na ito sa administrator ng plano, underwriter, sponsored policy holder, at/o employer.

Lagda ng Miyembro (Tatanggihan ang (mga) claim na walang lagda ng miyembro.)

Petsa

### Mga Espesyal na Instruksiyon:

Para sa mga item na isinumite kasama ng form na ito, malinaw dapat na naiintindihan ang mga sumusunod na impormasyon, kung hindi ay puwedeng maantala o tanggihan ang reimbursement.

- Pangalan at tirahan ng provider
- Mga serbisyong ibinigay kasama ang lahat ng nauugnay na gastos at kopya ng pangunahing payo sa pagpapadala ng carrier
- Naka-itemize na bill ng lahat ng serbisyong ibinigay na may kaugnay na mga gastos na may patunay ng pagbabayad (resibo mula sa provider, credit/debit card statement)

### Puwedeng isumite ang form na ito at ang mga kasamang materyales sa pamamagitan ng:

**Email:** I-scan ang mga dokumento at ipadala sa email sa [customersupport@hpsm.org](mailto:customersupport@hpsm.org)

0

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

Sa pangunahing miyembro ibibigay ang reimbursement at mga sulat. Napapailalim ang mga claim sa mga limitasyon, eksklusyon, at iba pang probisyon.