

FORM PARA SA DIREKTANG PAGSASAU LI SA NAGASTOS NG MIYEMBRO (DIRECT MEMBER REIMBURSEMENT, DMR)

Kung nagbabayad kayo ng mga serbisyo na saklaw ng inyong plano sa pangangalaga sa kalusugan ng HPSM, puwede ninyong hilingin sa HPSM na bayaran kayo. Isumite ang form na ito na may kasamang statement mula sa inyong tagabigay ng serbisyo na nagpapakita ng mga serbisyo at halaga nito at katibayan ng pagbabayad ng nasabing halaga. Hindi tinatanggap ang mga resibo ng cash register at credit card bilang mga tanging katibayan ng pagbabayad. Hindi ginagarantiyahan ang pagsasauli sa nagastos. Babayaran ang nasaklaw na gastos sa alinmang halaga na mas mababa: ang orihinal na binayaran o ang maximum na allowance ng plan (na ibabawas ang anumang cost sharing o pagtutulungan sa kabayaran na posibleng inilalapat).

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

Pangalan	Apelyido	Gitnang Inisyal
ID ng Miyembro ng HPSM	Medi-Cal CareAdvantage	HealthWorx (HMO) ACE
Address para sa Koreo	Lungsod	Estado Zip
		Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY) # ng Telepono

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 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 o paghahabol ng kabayaran 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 o paghahabol ng kabayaran na ito sa administrator ng plano, underwriter, sponsored policy holder, at/o employer.

Lagda ng Miyembro (Tatanggihan ang (mga) claim o paghahabol ng kabayaran na walang lagda ng miyembro.) Petsa

Mga Espesyal na Tagubilin:

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 pagsasauli sa nagastos.

- Pangalan at address ng tagabigay ng serbisyo
- Mga ibinigay na serbisyo at lahat ng nauugnay na gastos at kopya ng inirerekomandang remittance ng pangunahing carrier
- Naka-itemize na singil ng lahat ng ibinigay na serbisyo at nauugnay na gastos na may katibayan ng pagbabayad (resibo mula sa tagabigay ng serbisyo, credit/debit card statement)

Puwedeng isumite ang form na ito at ang mga kasamang materyales sa pamamagitan ng email (na may mga naka-scan na dokumento) o sulat (na may mga papel na dokumento)

Mga miyembro ng CareAdvantage

Email: CareAdvantageSupport@hpsm.org

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

o

Mga miyembro ng Medi-Cal, HealthWorx, at ACE

Email: MemberServicesSupport@hpsm.org

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

Ibibigay sa pangunahing miyembro ang pagsasauli sa nagastos at komunikasyon. Saklaw ang mga claim (paghahabol ng kabayaran) ng mga limitasyon, eksklusyon o hindi kasama, at iba pang kondisyon.