

회원 의료 비용 환급 청구 양식

담당 의료 제공자의 도움을 받아 본 양식을 작성하십시오. 서비스 증빙 자료와 지불 증빙 자료를 수집하십시오. 본 양식을 작성하는 데 도움이 필요한 경우 자주 묻는 질문(FAQ)을 참조하거나 당사에 **(833) 808-8164 (TTY: 711)**로 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시, 4월 1일부터 9월 30일까지는 주중(평일), 오전 8시부터 오후 8시까지 전화 주십시오. **작성 및 서명된 양식, 서비스 증빙 자료, 서비스 지불 증빙 자료를 다음 주소로 제출하십시오:** Clever Care Health Plan | Attn: Member Reimbursement Department | 7711 Center Ave, Suite 100 | Huntington Beach CA 92647

환자 정보

Clever Care 회원 ID 번호:*	성:*	이름:*	중간 이니셜:
생년월일 (월월/일일/년년년년):*	우편 주소:*		
전화번호:*	환자 이메일 주소:		
기타 보험 회사 이름:	기타 보험 전화번호:	기타 보험증 번호(Policy Number):	

청구 정보

의료 제공자 이름:*	치료 환경(위치):*	전화번호:	의료 제공자 연방 세금 ID 번호:
의료 제공자 주소:*	미국 외 지역에서 서비스를 받았습니까?*		
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		

질병/부상에 대한 상세 내용. 부상/질병 날짜를 포함하십시오:*

진단 코드	진단 설명	서비스 날짜 (월월/일일/년년년년)*	의료절차 코드 (각 서비스별)	의료절차 설명	지불 금액*
					\$
					\$
					\$
지불한 총 금액:					\$

회원 서명이 필요합니다: 본인은 위의 정보가 사실이며 정확하고, 위에 명시된 대로 서비스를 받고 요청된 금액으로 지불했음을 증명합니다. 본인은 Clever Care Health Plan이 서비스 이용 및 결제 여부를 확인하는 데 필요하다고 판단되는 추가 정보를 요청할 수 있다는 것을 이해합니다.

정자체 이름*	서명*	날짜*
---------	-----	-----

*신속한 요청 처리를 위해 별표 표시된 입력란을 작성해 주십시오.

자주 묻는 질문(FAQ)

질문

답변

이 양식은 어떤 용도로 사용되나요?

본 양식은 이미 받은 적격 의료 서비스에 대한 지급을 요청하는 데 사용됩니다. 본 양식은 파트 D 약국 서비스에 대해서는 사용하지 않습니다.

제가 부담해야 할 부분은 무엇인가요?

코페이먼트, 본인부담 공제액, 코인슈어런스, 비보장 서비스는 환자 부담입니다.

서비스 지역 외부에서 받은 서비스는 어떻게 되나요?

귀하가 서비스 지역 외부에서 일시적으로 체류하는 동안 의료, 정신 또는 행동 건강 응급 상황이 발생한 경우, 영업일 기준 1일 이내에 당사에 응급 상황을 보고하십시오. 플랜 유형에 따라 응급실에서 받은 응급 진료에 대해 코페이먼트가 적용될 수 있습니다. 일반 진료 또는 유지 치료는 서비스 지역 외부에서 보장되지 않으며, 서비스를 받기 전 Clever Care와 사전 협의의 조정이 이루어진 경우가 아닌 한 환급 대상이 아닙니다.

다음 절차는 무엇인가요?

청구가 처리된 후, 귀하는 혜택 설명서(EOB)를 받게 됩니다. EOB에는 본인부담 공제액(보험사가 지불을 시작하기 전에 보장되는 서비스에 대해 귀하가 지불하는 고정 금액)에 적용되는 비용과 귀하가 의료 제공자에게 지불 책임이 있을 수 있는 청구 금액이 설명되어 있습니다. 나중에 필요할 경우를 대비하여 EOB를 보관해 두시기 바랍니다. ko.CleverCareHealthPlan.com을 방문하실 수도 있습니다.

양식 입력란 명칭

설명

Clever Care 회원 ID 번호

Clever Care Health Plan 회원 ID 카드 앞면에 있는 접미사가 있는 ID 번호입니다.

의료 제공자 이름, 주소, 전화번호, 제공자 연방 세금 ID 번호:

의료 제공자는 병원, 의사, 검안사, 정신과 의사, 면허를 소지한 임상 사회복지사, 내구 의료 장비 공급업체 등을 포함하며 이에 국한되지는 않습니다.

환자가 어떤 환경에서 치료를 받았나요?

진료실, 응급실, 외래 병원(엑스레이, 검사), 입원 병원, 클리닉, 의료 용품점 등.

미국 이외의 지역에서 서비스를 제공받은 경우

해당되는 경우, 서비스를 받은 국가명, 청구서 및 지불 증빙의 언어(영어가 아닌 경우), 청구서가 지불된 통화를 표시하십시오.

진단: 환자가 어떤 이유로 진료를 받았나요?

진단 코드와 질병 또는 부상에 대한 자세한 설명을 입력하십시오. (예: 독감, 다리 골절, 조울증, 천식)

제공된 의료절차, 서비스 또는 소모품

의료절차의 코드와 자세한 설명을 입력하십시오. (예: 엑스레이, 진료실 방문, 실험실 검사, 다리 깁스 등)

지불한 총 금액

귀하가 환급을 요청하는 총 금액입니다.

서비스 증빙 자료

서비스가 제공되었음을 입증하는 문서로, 서비스 일자, 제공된 서비스 및 지불된 금액 등이 포함된 영수증 또는 결제 기록 또는 의료 기록.

지불 증빙 자료

회원이 지불한 금액을 의료 서비스 제공자가 수령했음을 입증하는 문서. 예시: 의료 제공자에게 발행된 지불이 끝난 수표의 앞면과 뒷면, 신용카드 명세서 또는 영수증, 지불이 이루어졌음을 확인하는 의료 제공자의 진술서.