Запрос на прямое возмещение медицинских расходов

Последняя редакция: июль 2026 г.

Согласно политике CareOregon Advantage, оплата медицинских услуг производится поставщику медицинских услуг, который несет ответственность за возмещение соответствующей суммы участнику плана. Если поставщик услуг отказывается выставлять счет CareOregon Advantage, в некоторых случаях мы можем возместить участнику плана расходы в пределах разрешенной к оплате суммы. Расходы на услуги, не покрываемые планом, возмещению не подлежат. Для подачи счетов в CareOregon Advantage участнику плана нужно обратиться в отдел обслуживания клиентов.

Перед подачей формы позвоните в отдел обслуживания клиентов CareOregon Advantage по бесплатному номеру 888-712-3258. Убедитесь, что вся информация в форме указана полностью и разборчиво. Если мы одобрим возмещение расходов, вы получите уведомление и выплату в течение 30 дней с даты получения нами вашего запроса.

Необходимая информация

Чтобы мы могли обработать запрос, укажите приведенную ниже информацию.

1. Номер обращения для отслеживания, предоставленный отделом обслуживания клиентов (необязательно): _____
2. Подтверждение оплаты
3. Счет, содержащий следующую подробную информацию:
   - имя и фамилию пациента;
   - имя, фамилию, адрес, номер телефона и национальный идентификатор поставщика медицинских услуг (NPI);
   - даты оказания услуг;
   - виды оказанных услуг (REV/CPT/HCPCS);
   - номер медицинской карты пациента;
   - номер счета пациента;
   - диагноз или причину обращения;
   - стоимость каждой услуги.

Основание для подачи запроса

Укажите причину подачи запроса на возмещение расходов.

☐ На момент оказания услуг страховая карта отсутствовала ☐ Поставщик медицинских услуг находился за пределами территории обслуживания или не входил в сеть плана

☐ Другое: _____

Информация об участнике плана

Имя: _____ Фамилия: _____

Дата рождения: _____ Номер телефона: _____ Пол: _____

Идентификатор участника: _____ Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Если вы заполняете эту форму за участника плана, укажите свои данные ниже.

Имя и фамилия: _____

Кем вы приходитесь участнику: _____ Номер телефона: _____

Адрес: _____

Подпись

Подписывая настоящую форму, я подтверждаю, что вся информация, указанная в ней, является достоверной, насколько мне известно; услуги были оказаны участнику плана CareOregon Advantage в дату, когда пациент имел право на их получение в рамках плана. Я заполняю настоящую форму как участник плана или его уполномоченный представитель. Я разрешаю поставщику медицинских услуг предоставить CareOregon Advantage любую информацию, необходимую для ускорения обработки этого запроса. Я понимаю, что мошеннические действия, включая подачу ложных требований, могут повлечь гражданско-правовую или уголовную ответственность.

Подпись: _____ Дата: _____

For CareOregon use only

Received _____ ☐ Provider paid ☐ Approved ☐ Denied ☐ Cancel/member ineligible

Eligibility: _____ LOB: _____ Duplicate claim: _____ Uploaded to OneCo: _____ Other: _____