会员直接报销表格 – 医疗

最后修订时间：2026 年 7 月

CareOregon Advantage 的医疗服务政策为由我们向医疗服务提供者支付费用，再由其负责为会员报销费用。在某些情况下，如果医疗服务提供者拒绝向 CareOregon Advantage 收取费用，我们可以为会员报销费用，最高为合理范围内的最高金额。我们不会报销未承保的服务的费用。会员将与客户服务部合作将账单提交给 CareOregon Advantage。

在提交此表前，请联系 CareOregon Advantage客户服务部，免费电话号码是 888-712-3258。
此外，请检查表格上填写的信息是否清晰完整。如果报销申请获得批准，您将于我们收到申请之日起 30 天内收到通知和报销款。

必要资料

为帮助我们处理申请，请附上以下资料：

1. 通话跟踪 ID 号，由客户服务部提供（选填）：_____
2. 付款凭证
3. 附有以下信息的明细账单：
   - 患者姓名
   - 医疗服务提供者的名称、地址、电话和 National Provider Identifier（NPI，国家提供者标识符）
   - 提供服务的日期
   - 所提供的服务的类型 (REV/CPT/HCPCS)
   - 患者健康记录编号
   - 患者账户号码
   - 诊断/来诊理由
   - 各项服务的费用

申请原因

请选择本次报销申请的原因：

☐ 在接受服务时无保险卡　☐ 医疗服务提供者不在区域/网络内

☐ 其他：_____

会员信息

名字：_____ 姓氏：_____

出生日期：_____ 电话号码：_____ 性别：_____

会员 ID：_____ 住址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮政编码：_____

如果您是代会员填写此表格，请在下方填写您的详细信息：

姓名：_____

与会员的关系：_____ 电话号码：_____

住址：_____

签名

在本表下方签名，本人即证明据本人所知，在此表上填写的所有信息均真实无误；所提供的服务已于患者符合资格的日期提供给了 CareOregon Advantage 会员。本人为会员或负责填写此表的人士的授权人员，本人授权发布医疗服务提供者的任何必要的相关信息以加快处理针对 CareOregon Advantage 的上述索赔速度，同时本人知悉，任何欺诈行为（包括虚假索赔）可能会面临民事或刑事处罚。

签名：_____ 日期：_____

仅供 CareOregon 使用

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

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