會員直接報銷表格 - 醫療

最後修訂時間：2026 年 7 月

CareOregon Advantage 的醫療服務政策為由我們向醫療服務提供者支付費用，再由其負責為會員報銷費用。在某些情形下，若醫療服務提供者拒絕向 CareOregon Advantage 收取費用，我們可以為會員報銷費用，最高為合理範圍內的最高金額。我們不會報銷未承保的服務的費用。會員將與客戶服務部合作將賬單提交給 CareOregon Advantage。

在提交此表前，請聯絡 CareOregon Advantage 客戶服務部，免費電話號碼是 888-712-3258。此外，請檢查表格上填寫的資訊是否清晰完整。如果報銷申請獲得核准，您將於我們收到申請之日起 30 天內收到通知和報銷款。

必要資料

為幫助我們處理申請，請附上以下資料：

1. 來電追蹤 ID 號，由客戶服務部提供（選填）：_____
2. 付款憑證
3. 附有以下資訊的明細賬單：
   - 患者姓名
   - 醫療服務提供者的名稱、地址、電話和 National Provider Identifier（NPI，國家提供商識別碼）
   - 提供服務的日期
   - 所提供的服務的類型 (REV/CPT/HCPCS)
   - 患者健康記錄編號
   - 患者帳戶號碼
   - 診斷/來診理由
   - 各項服務的費用

申請原因

請選擇本次報銷申請的原因：

☐ 在接受服務時無保險卡　　☐ 醫療服務提供者不在區域/網絡內

☐ 其他：_____

會員資訊

名字：_____ 姓氏：_____

出生日期：_____ 電話號碼：_____ 性別：_____

會員 ID：_____ 住址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵政編碼：_____

如果您是代會員填寫此表格，請在下方填寫您的詳細資訊：

姓名：_____

與會員的關係：_____ 電話號碼：_____

住址：_____

簽名

在本表下方簽名，本人即證明，據本人所知，在此表上填寫的所有資訊均正確無誤；所提供的服務已於患者符合資格的日期提供給了 CareOregon Advantage 會員。本人為會員或負責填寫此表的人士的授權人員，本人授權發佈醫療服務提供者的任何必要的相關資訊以加快處理針對 CareOregon Advantage 的上述索賠速度，同時本人知悉，任何欺詐行為（包括虛假索賠）可能會面臨民事或刑事處罰。

簽名：_____ 日期：_____

僅供 CareOregon 使用

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

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