Biểu Mẫu Hoàn Trả Trực Tiếp Cho Thành Viên – Dịch

Chỉnh sửa lần cuối: Tháng 7 năm 2026

CareOregon Advantage có chính sách thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ và nhà cung cấp dịch vụ có trách nhiệm hoàn trả khoản tiền cho thành viên. Trong một số trường hợp, khi nhà cung cấp dịch vụ từ chối gửi yêu cầu thanh toán đến CareOregon, chúng tôi có thể hoàn trả cho thành viên tối đa bằng số tiền được phép thanh toán. Chúng tôi không hoàn trả chi phí cho các dịch vụ không được bảo hiểm. Thành viên sẽ làm việc với Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng để gửi các hóa đơn đến CareOregon Advantage.

Trước khi gửi biểu mẫu này, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng của CareOregon theo số miễn cước 888-712-3258. Ngoài ra, hãy kiểm tra để bảo đảm thông tin trên biểu mẫu là đầy đủ và dễ đọc. Nếu quyết định hoàn trả được chấp thuận, quý vị sẽ nhận được thông báo và khoản thanh toán trong vòng 30 ngày kể từ ngày chúng tôi nhận được yêu cầu.

Cần những thông tin gì

Để giúp chúng tôi xử lý yêu cầu, vui lòng cung cấp những thông tin sau:

1. Số ID theo dõi cuộc gọi, do Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng cung cấp (không bắt buộc): _____
2. Bằng chứng thanh toán
3. Hóa đơn kê khai chi tiết có các thông tin sau:
   - Tên bệnh nhân
   - Tên, địa chỉ, số điện thoại và National Provider Identifier (NPI, Mã Số Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Quốc Gia) của nhà cung cấp dịch vụ
   - Ngày thực hiện dịch vụ
   - Loại dịch vụ được cung cấp (REV/CPT/HCPCS)
   - Số hồ sơ sức khỏe của bệnh nhân
   - Số tài khoản của bệnh nhân
   - Chẩn đoán/lý do khám
   - Chi phí của từng dịch vụ

Lý do yêu cầu

Vui lòng chọn lý do của yêu cầu hoàn trả này:

☐ Không có thẻ bảo hiểm tại thời điểm sử dụng dịch vụ ☐ Nhà cung cấp dịch vụ ở ngoài khu vực/mạng lưới

☐ Khác: _____

Thông tin thành viên

Tên: _____ Họ: _____

Ngày sinh: _____ Số điện thoại: _____ Giới tính: _____

ID thành viên: _____ Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã ZIP: _____

Nếu quý vị đang điền biểu mẫu này cho một thành viên, vui lòng nhập thông tin của quý vị bên dưới:

Tên: _____

Mối quan hệ với thành viên: _____ Số điện thoại: _____

Địa chỉ: _____

Chữ ký

Bằng việc ký vào biểu mẫu dưới đây, tôi xác nhận rằng, theo hiểu biết tốt nhất của tôi, tất cả thông tin được cung cấp trên biểu mẫu này là chính xác; các dịch vụ đã được cung cấp cho thành viên của CareOregon Advantage vào ngày bệnh nhân đủ điều kiện hưởng bảo hiểm. Tôi là thành viên hoặc là người được ủy quyền hoàn thành biểu mẫu này và tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ cung cấp mọi thông tin liên quan cần thiết cho CareOregon Advantage nhằm đẩy nhanh quá trình xử lý yêu cầu thanh toán nói trên. Tôi hiểu rằng các hành vi gian lận (bao gồm các yêu cầu thanh toán gian dối) có thể phải chịu các hình phạt dân sự hoặc hình sự.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Chỉ dành cho nhân viên CareOregon điền

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

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