

使用《會員直接償付申請表》，要求對您已透過信用卡、現金或支票支付費用的、符合資格的護理和服務進行償付。

本表格不得用於申請償付不符合資格的護理或服務。為確保及時處理您的申請，請填寫所有必要資訊並隨附證明文件。未填寫完整的表格將被退回。每一項單獨的償付申請均須填寫一份單獨的表格。

如果您有任何疑問，或需要幫助填寫此表，請聯絡我們的會員服務部熱線：**1.866.986.0356** • 聽力障礙電傳：**711**，工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。如果您需要現場協助以填寫此表，請前往我們的社區辦事處。要尋找社區辦事處地址，請瀏覽我們的網站：[www.metroplus.org/metroplus-near-you](http://www.metroplus.org/metroplus-near-you)。

## 說明

### 第 1 部分 - 會員資訊：

- ✓ 填寫您的會員 ID 號，該號碼可以在您的會員卡上找到
- ✓ 填寫您的團體號，該號碼可以在您的會員卡上找到
- ✓ 填寫您在會員卡上的姓名
- ✓ 填寫我們可以聯絡您的電話號碼，以便核實資訊。

### 第 2 部分 - 償付詳情：

- ✓ 填寫提供服務的日期
- ✓ 勾選申請償付的原因
- ✓ 填寫所有服務提供者詳情
- ✓ 填寫您的總自付金額

### 第 3 部分 - 證明文件：

請勿提交任何原件——僅向 MetroPlusHealth 提交文件副本

- ✓ 請確保您提交的證明文件字跡清晰可辨
- ✓ 請一同提交付款憑證
  - 請勿提交信用卡收據、兌現支票或支票副本。此類票據不可作為償付憑證。
  - 如果您沒有付款憑證，請向服務提供者索取一份副本
  - 未包含付款憑證的償付申請將會被拒絕
- ✓ 請在所有證明文件的每一頁頂部寫下您的會員 ID 號

### 第 4 部分 - 會員確認：

- ✓ 在您的申請表上簽署名字和日期，確認表格和文件中的資訊準確完整。

如果您是受益人代表，請確保隨附一份填寫完成的《代表委任表》，該表格可在此處找到：

<https://www.cms.gov/cms1696-appointment-representative>。

**第 1 部分：會員資訊**

名字：	姓氏：	會員 ID 號：
街道地址：		Medicare ID 號：
城市 · 州 · 郵遞區號：		電話號碼：

**第 2 部分：償付詳情**

**服務日期 (月/日/年)：**

本人在網絡外服務提供者處接受的服務 (請說明)： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

本人沒有獲得會員卡

本人要申請獲得交通費用償付

健身償付

其他 (請說明)： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**服務提供者資訊**

服務提供者名稱：

護理或服務描述：

護理或服務日期：	已付金額：
----------	-------

街道地址：	城市 · 州：	郵遞區號：
-------	---------	-------

**服務提供者資訊**

服務提供者名稱：

護理或服務描述：

護理或服務日期：	護理或服務日期：
----------	----------

街道地址：	城市 · 州：	郵遞區號：
-------	---------	-------

服務提供者資訊		
服務提供者名稱：		
護理或服務描述：		
護理或服務日期：	護理或服務日期：	
街道地址：	城市，州：	郵遞區號：

### 第 3 部分：證明文件

- |                                     |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 付款憑證       | <input type="checkbox"/> 服務付款收據      |
| <input type="checkbox"/> 服務明細收據或索賠表 | <input type="checkbox"/> 支票副本或匯票收據副本 |

### 第 4 部分：會員確認

您理解，如果該服務被視為承保服務，醫療保險將向您償付減去任何適用自負額、共同保險或自付費用後的最高福利金額。您理解，為處理您的索賠，我們可能需要向其他人員和實體披露表格中的資訊。

在下方簽名即代表本人確認本人已支付下方所列金額作為 MetroPlusHealth Plan 會員接受服務的費用。本人進一步確認，本表所附的付款證明文件是準確、真實、完整的。本人理解，如果本人在提出申請時未提供必要的證明文件作為支援，則本人的申請可能會被拒絕。

在此處簽名 ► \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

\*如果您是一名授權代表，您必須在上方簽名並提供以下資訊：

姓名：	與參保人的關係：
街道地址：	
城市，州，郵遞區號：	電話號碼：

請根據您的實際情況進行選擇： 會員 或  受益人代表

如果您是受益人代表，請隨附必要的《代表委任表(AOR)》、《委託書》或《遺產執行狀》。您可以在 <https://www.cms.gov/cms1696-appointment-representative> 上找到 AOR 表。

**請將填寫完成的表格和所有證明文件寄送至：**

**MetroPlusHealth • Att: Member Services  
50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004  
傳真：212.908.5196**

在 MetroPlus Health Plan 的健康計劃和活動中，不存在種族、膚色、原國籍、性別、年齡或殘障方面的歧視。

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-986-0356 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al

1-866-986-0356 (TTY: 711). H0423\_MEM24\_2692c\_C 09202023