

本表格用於申請報銷您已自行支付的服務費用。
僅以下符合計劃規定的某些服務可申請報銷：

- ✓ 您在網絡外醫生或醫療服務提供者處接受的服務。
- ✓ 您就診時未攜帶會員ID卡。
- ✓ 您申請就醫交通費用報銷。
- ✓ 您申請健身房會員資格費用報銷。

請完整填寫本表格，並附上所需相關文件。如果表格填寫不完整，我們將予以退回。每項服務需單獨使用一份表格申請。

有疑問嗎？需要幫助填寫本表格？請致電：1.866.986.0356 • 聽力障礙電傳：711
週一至週五，早8點至晚8點，週六，早9點至下午5點。您也可親臨線下辦事處獲得協助。欲找到靠近您的辦事處，請瀏覽metroplus.org/metroplus-near-you。



如何填寫本表格：

第1部分 - 您的資訊：

- ✓ 填寫您的會員ID號。可在會員ID卡上查詢。
- ✓ 填寫您的Medicare ID號。可在會員ID卡上查詢。
- ✓ 填寫您在會員ID卡上的姓名。
- ✓ 填寫我們如有疑問時可聯絡您的電話號碼。

第2部分 - 報銷內容及原因/服務詳情與支付原因：

- ✓ 填寫服務提供日期。
- ✓ 勾選申請報銷的原因。
- ✓ 填寫醫生或醫療服務提供者的全部詳情。
- ✓ 填寫您已支付的總金額。

第3部分 - 付款憑證：

請勿寄送原始文件或收據。僅需向MetroPlusHealth寄送影本。

- ✓ 請確保您提供的文件字跡清晰可辨。
- ✓ 請一同提交付款憑證
 - 請勿寄送信用卡收據、已兌現支票或支票影本。我們需要您已付款的醫療服務提供者提供的憑證。
 - 若無付款憑證，請向該醫療服務提供者索取一份影本。
 - 若未附上付款憑證，我們可能無法為您辦理報銷。
- ✓ 請在您寄給我們的所有文件的每頁頂部註明您的會員ID。

第4部分 - 您的簽名：

- ✓ 請在表格上簽名並填寫日期，以確認表格及所附文件中的資訊準確完整。

您是否為受益人代表？（即依法有權代他人簽署文件的個人。）請務必填寫並附上《代表委任表格》。該表格可在以下網址獲得：cms.gov/cms1696-appointment-representative。

第1部分：您的資訊

名字：	姓氏：	會員識別號：
街道地址：	Medicare ID號：	
城市、州、郵遞區號：	電話號碼：	

第2部分：報銷內容及原因/服務詳情與支付原因：
服務日期（月/日/年）：

- 本人在網絡外醫生或醫療服務提供者處接受的服務（請說明）： _____
- _____
- 我沒帶我的會員ID卡。
- 我申請就醫交通費用報銷。
- 我申請健身房會員資格費用報銷。
- 其他（請說明原因）： _____
- _____

醫生或醫療服務提供者資訊：

醫療服務提供者名稱：		
護理或服務名稱：		
護理或服務日期：	已付金額：	
街道地址：	城市，州：	郵遞區號：

醫生或醫療服務提供者資訊：

醫療服務提供者名稱：		
護理或服務名稱：		
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：

醫生或醫療服務提供者資訊：

醫療服務提供者名稱：

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：付款憑證

付款憑證

已支付服務費用的收據影本

服務明細收據影本或索賠表

第4部分：您的簽名

您已知曉，如果計劃承保該等服務，我們將為您報銷部分或全部費用。報銷金額取決於您的計劃。可能會因自付費用、共同保險或自負額而降低。為支付此項索賠，我們可能需與其他個人或組織共享此資訊。

本人在下方簽名即確認，作為**MetroPlusHealth Plan**會員期間，已為所接受服務支付下列金額費用。本人同時確認所提供的付款憑證準確、真實且完整。本人已知曉，若未提供正確文件，本計劃可能無法為您辦理報銷。

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

若您為受益人代表，請附上以下任一表格：代表委任(AOR)、授權委託書或遺產執行人。AOR表格可透過以下網址獲得：[cms.gov/cms1696-appointment-representative](https://www.cms.gov/cms1696-appointment-representative)。

請將本表格及所有相關文件寄送至：

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

MetroPlus Medicare Plan遵守適用的聯邦民權法律，不會基於 種族、膚色、國籍、年齡、殘障或性別進行歧視。ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-986-0356 (TTY: 711)。