Anthem Blue Cross

患者医疗费用索偿申请表

索偿核对编号（仅用于办公）

患者信息

名字 _____
姓 名 中间名

出生日期 月 日 年

性别 男 女

家庭成员关系 自己 配偶 儿女

职业 _____

雇主 _____

患者是否有医疗保险? ❑ 是 ❑ 否

如果有，医疗保险号码是 _____

有效日期 (HOSP) A 类 月 日 年 (MED) B 类 月 日 年

患者接受的护理项目:
❑ 受伤 ❑ 疾病 ❑ 怀孕

受伤，发病或怀孕日期 月 日 年

情况是否与职业有关? ❑ 是 ❑ 否

请简要描述患者的病情或受伤情况。 . . . 如果是受伤，请注明原因。

_____

_____

_____

其他保险信息

患者是否有其他健康保险? ❑ 是 ❑ 否

投保人姓名 _____

保险公司名称和地址 _____

有效日期 月 日 年

保单号 _____

家庭成员信息

身份证号码 _____

团险号码 _____ ( )
电话号码（白天）

名字 _____
姓 名 中间名

街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

是否有新地址? ❑ 是 ❑ 否 如果是，请让雇员签署此表格。

如果有其他保险，请填写家庭成员的婚姻状况:
❑ 单身 ❑ 已婚 ❑ 分居 ❑ 离异 ❑ 丧偶

如果已婚，请填写以下信息:

配偶姓名 _____
姓 名 中间名

出生日期 月 日 年

配偶的社保号 _____

配偶是否就业? ❑ 是 ❑ 否

如果是，请填写配偶单位的名称和地址:

单位的名称和地址 _____

配偶团体健康保险的险种 _____

如果是离异或分居，并且是为需要抚养的子女索偿，请填写以下信息:

其他患者姓名 _____
姓 名 中间名

地址 _____

单位的名称和地址 _____

咨询医生

如果单据来自于有执业资格的社会临床医学工作者；婚姻、家庭及儿童顾问；听觉矫正专家；职业病、体检、呼吸或语言方面的临床医生，
请填写医生姓名以及订购服务的人员的姓名。

医生姓名: _____

处方药 – 只列出需要书面处方的药品。必须附上所有药品收据。

购买日期 月 日 年	处方号	药品名称	诊断	费用
				$
				$
				$
				$
				$

请仔细阅读此表格的两面。一张患者索偿表格只能用于一个患者。请打印或复印。

总计 $ _____

认真填写索偿表格的所有信息并附上所有必须的文件将有助于加快并准确的受理您的索偿。

❑ 附上的单据总张数	就我所知的一切信息，我保证此索偿表格中填写的信息真实准确。 我授权披露任何于该索偿所必须的医疗信息。 患者签名（如果是未成年人，则患者父母签名） 日期

关于此表

亲爱的参保人：

通常，所有医疗服务提供者都会在给您和您的受保亲属提供医疗服务之后，将医疗费用账单寄给我们。

这是理想的手续 —— 因为您不必为医疗费用索偿单而烦恼，且我们经常需要比提供给患者信息更详细的信息。

但有时医疗服务提供者可能无法将索偿单寄给我们。抑或急救公司会将使用救护车等急救相关费用的清单直接寄给您。在这两种情况下，我们将无法得知您的医疗费用索偿需求。

因此我们特意设计了这份表格。这份表格将弥补我们工作中可能未能及时处理的医疗费用索偿业务。若费用清单寄至您手中，请尽快填写此表并寄给我们。

填表请仔细阅读此表的使用说明。希望这份表格能给您带来便捷。

我们衷心乐意为您效劳。

如何使用此表

- 此表仅供每位患者自己申请医疗费用索偿之用。
- 请附上医疗费用的原始账单。我们建议您妥善保留此原始账单副本。
- 若您目前参加联邦医疗保险，请附上一份索偿证明以及相关项目费用账单的复印件（务必保证复印件的清晰）。
- 若 Anthem Blue Cross 不是您的首选付保者，请附上由其它付保人所提供的索偿证明。

何时使用此表

- 每次您提交医疗费用账单的时候，这些账单包括药物处方、救护车使用费以及其它常规上不直接寄至 Anthem Blue Cross 的医疗服务费用账单。
- 对于那些常规上由医院、医生或实验室直接寄至 Anthem Blue Cross 的医疗费用账单，请不要使用此表。

医疗费用账目必须逐条登记

对于退款账目、现金收据及未逐条登记的“不定额”项目，我们不予理赔。逐条登记的每项医疗费用账目必须包括：

1. 医疗服务提供者（医生、医院、实验室、药店、救护车急救服务机构等）的名称及地址
2. 患者姓名
3. 提供相关医疗服务的日期
4. 各项医疗服务的收费总金额
5. 所实施治疗项目的相应病症名称或理由

请在每项账目的前面上填写您的团体医疗保险号码以及您的 Anthem Blue Cross ID 号码。

逐条登记的各项账目还须包括下列信息：

处方上开具的药品：

· 处方号以及药品名称

执业注册护士的姓名：

· 提供相应医疗服务的时间和日期

· 提供相应医疗服务的地点（地址或医院名称）

· 医生书面开具的诊疗建议（包括该医生的州注册执业号、治疗方案以及相应疗程）

假肢器官装置、医疗器械或耐用医疗设备

· 医生的建议或处方

· 购价

救护车

· 接送地点

· 行驶英里数

索偿申请表完成后该寄往何处?

请依照您 Anthem Blue Cross ID 卡上的正确地址，将您所完成的索偿申请表以及逐条登记的账目单一起寄出。

索偿申请信息

若您对医疗费用索偿及其申请有任何疑问，可依照您Anthem Blue Cross ID 卡上的相关联络方式联系我们的客服办公室，相关工作人员将为你作解答。

医疗保健方案由 Anthem Blue Cross 提供。保险方案由 Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company 提供。Anthem Blue Cross 是美国加利福尼亚州 Blue Cross 的注册商标。
拥有 Blue Cross Association 的独立经营执照。® ANTHEM 是一个注册商标。® The Blue Cross 的名称及图案是 Blue Cross Association 的注册标识。