Anthem Blue Cross

환자 청구 양식

청구 규제 번호(내부용)

환자 정보

이름
성 | 이름(성 제외) | 중간 이름

생년월일 월 | 일 | 연도

성별 M | F

회원과의 관계 본인 | 배우자 | 자녀

직업

고용주

환자가 MEDICARE의 혜택을 받고 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니오

해당하는 경우 MEDICARE I.D. 번호를 기재하십시오.

발효일 (HOSP) PART A 월 | 일 | 연도 (MED) PART B 월 | 일 | 연도

환자 치료 목적:
❑ 부상 ❑ 질병 ❑ 임신

부상, 발병 또는 임신 날짜 월 | 일 | 연도

이 조건이 고용과 관련되어 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니오

환자의 질환 또는 부상 정도에 대해 간략하게 기술하십시오 . . .
부상을 입은 경우 당시 상황을 묘사해 주십시오.

기타 보험 정보

환자가 다른 의료 보험에 가입되어 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니오

보험 증권 소유자 이름

보험 회사 이름 및 주소

발효일 월 | 일 | 연도

보험 증권 번호

회원 정보

I.D. 번호

그룹 번호

( )
집 전화번호

이름
성 | 이름(성 제외) | 중간 이름

우편 주소

도시 주 우편번호

새 주소 ❑ 예 ❑ 아니오 해당하는 경우 양식에 직원의 서명을 받으십시오.

다른 보상 혜택을 받는 경우 회원의 결혼 상태:
❑ 미혼 ❑ 기혼 ❑ 법적 별거 ❑ 이혼 ❑ 사별

기혼자인 경우 다음을 작성하십시오.

배우자 이름
성 | 이름(성 제외) | 중간 이름

생년월일 월 | 일 | 연도

배우자의 사회보장번호

귀하의 배우자가 현재 직업을 갖고 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니오

해당하는 경우 배우자 고용주의 이름과 위치:

고용주 이름 및 주소

배우자의 그룹 의료 계획명

이혼 또는 법적 별거 상태인 경우 이 청구가 부양 자녀에 대한 것이라면 다음을 작성하십시오.

나머지 부모 이름
성 | 이름(성 제외) | 중간 이름

주소

고용주 이름 및 주소

담당 의사

면허를 받은 임상 사회 사업가, 결혼, 가족 및 자녀 상담사, 청력학자 또는 직업 의사, 물리치료사, 호흡치료사 또는 언어치료사로부터 청구서를 받은 경우 그러한 서비스를 지시한 의사의 이름은 무엇입니까?

박사 _____

처방 약물 - 처방서가 필요한 약품만 나열하십시오. 모든 약국의 영수증을 첨부해야

구매일 월 일 연도	Rx 번호	약품명	진단	비용
				$
				$
				$
				$
				$

합계 $

이 양식의 앞/뒷면을 주의해서 읽어 보십시오. 각 환자에 대해 별도의 환자 청구 양식을 사용하십시오. 인쇄 또는 자필 이름.

청구 양식에 모든 항목을 기재하고 필요한 모든 서류를 첨부하면 해당 청구를 신속하고 정확하게 처리하는 데 도움이 됩니다.

❑ 첨부한 총 청구서 개수	본인은 본 청구 양식의 정보가 정확하고 사실임을 인정합니다. 본인은 본 청구를 처리하는 데 필요한 의료 정보를 공개하는 데 동의합니다. 환자 서명(환자가 미성년자인 경우 부모가 서명) 날짜

이 양식에 관한 소개

회원 여러분께

일반적으로 모든 의료 관리 공급자는 귀하 및 귀하께서 등록한 부양 가족에게 제공되는 서비스에 대해 본사로 직접 청구할 것입니다.

이것은 기본적인 절차로, 청구 양식에 영향을 미치지 않으며 간혹 환자에게 제공되는 청구서에 일반적으로 명시되는 것보다 더 많은 세부 정보를 필요로 할 수 있습니다.

하지만 때때로 의사들이 본사로 청구할 수 없는 경우가 있습니다. 예를 들면, 앰뷸런스 회사의 경우 귀하께 직접 청구서를 발송할 수 있습니다. 이와 같은 경우에는 본사에서 귀하의 청구에 대해 알 수 있는 방법이 없습니다.

이것이 바로 이 양식을 마련한 이유입니다. 이 양식을 사용해서 본사에서 지불되지 않은 의료 서비스에 대해 알려주시기 바랍니다. 영수증을 받은 즉시 각각의 청구서를 본사로 보내주시기 바랍니다.

이 양식을 사용하는 방법에 대해서는 다음의 지침을 읽어보십시오. 지침을 참조하시면 간편하게 양식을.

작성하실 수 있을 것입니다.

양식 사용 방법

- 각 환자마다 별도의 청구 양식을 작성하십시오.
- 의료 청구서 원본을 첨부하십시오. 기록 보관을 위해 사본을 보관해 둘 것을 권장합니다.
- Medicare에 가입한 경우 혜택 설명서 사본과 관련된 항목별 청구서 사본을 첨부하십시오.
- Anthem Blue Cross가 귀하의 기본 보험 회사가 아닌 경우 다른 보험 회사로부터 받은 혜택 설명서를 포함시키십시오.

이 양식을 사용하는 시기

- 처방 약품을 포함하여 청구서를 제출할 때 앰뷸런스 서비스와 설비에 대한 비용은 보통 Anthem Blue Cross로 직접 청구되지 않습니다.
- 병원, 의사 또는 연구소에서 Anthem Blue Cross로 직접 발송한 청구서에 대해서는 이 양식을 사용하지 마십시오.

청구서를 항목별로 분류해야 합니다

취소된 수표, 현금 등록기 영수증 및 분류되지 않은 "잔액" 명세서는 처리되지 않습니다. 반드시 각 항목별 청구서를 포함시키십시오.

1. 공급자 이름 및 주소(의사, 병원, 연구소 또는 약국, 앰뷸란스 서비스 등)
2. 환자 이름
3. 서비스 날짜
4. 각 서비스에 청구된 금액
5. 치료 진단 또는 검사

각 청구서에 그룹 번호와 Anthem Blue Cross ID 번호를 기재하십시오

또한 다음과 같은 항목의 청구서에 명시된 정보를 포함시켜야 합니다.

처방 약물:

· RX 번호 및 약물명

등록 및 면허를 받은 간호사:

· 서비스 시간 및 날짜

· 서비스 위치(병원 주소 또는 병원명)

· 서면 의사 추천서 서류(주립 면허 번호, 치료 계획 및 예상 치료 기간이 포함되어야 함)

보철 장치, 기기 또는 의료 기기:

· 의사의 명령 또는 처방

· 구입 가격

앰뷸란스

· 픽업 및 배송 지점

· 거리

거리작성된 청구 양식을 보내는 장소

작성한 양식과 항목별 청구서를 함께 Anthem Blue Cross ID 카드에 명시되어 있는 주소로 보내 주십시오.

청구 정보

청구 또는 혜택과 관련된 질문 사항은 Anthem Blue Cross ID 카드에 명시되어 있는 Anthem Blue Cross 고객 서비스 센터로 연락하면 자세한 사항을 알려드립니다.

본 의료 계획은 Anthem Blue Cross에서 제공되었으며. 보험 계획은 Anthem Blue Cross Life 및 의료 보험 회사에서 제공된 것입니다. Anthem Blue Cross는 캘리포니아 Blue Cross(블루크로스)의 상표명입니다. Blue Cross Association의 독립적인 허가업체입니다. ® ANTHEM는 등록 상표이고. ® Blue Cross 이름과 기호는 Blue Cross Association의 등록 마크입니다.