

醫療索賠報銷表送交說明

- 若為處方藥報銷，請勿使用本表單。
 - 商業會員：填寫 [RX 報銷表](#) 或致電 CCHP 藥局尋求協助，電話 1-877-661-6230（選項 3）(TTY 711)。
 - **Medi-Cal 會員**：如已支付 Medi-Cal Rx 承保的門診處方藥費用，請勿使用此表單。請致電 1-800-977-2273 (TTY 711)，聯絡 Medi-Cal Rx 客戶服務中心。
- 僅當已付款給醫療保健提供者時才可使用此表單。
- 如需協助或有相關問題，請在週一至週五上午 8 點至下午 5 點，致電 **CCHP 會員服務部**，電話 **1-877-661-6230**，**選項 2 (TTY 711)**。

送交步驟：

- 1) 填寫醫療索賠報銷表。
- 2) 附上原始收據、付款證明、帳單和發票。應要求提供醫療記錄。
 - 醫療保健提供者明細帳單或發票須包括：
 - 患者姓名
 - 服務日期
 - 疾病或受傷性質，須列出醫療和醫院帳單代碼
 - 收據須包括：
 - 患者姓名
 - 醫生、醫院或其他醫療保健提供者的名稱
 - 付款日期
 - 已付金額
 - 付款證明
 - 兌現支票、信用卡收據或對帳單副本

注意：附上非本國收據時，款項金額將依服務當時的美元匯率計算。

- 3) 將填妥的醫療索賠報銷表連同帳單或發票、收據、付款證明副本，以及應要求提供的醫療記錄一起送交給 CCHP。

相關文件可以透過郵寄或親送繳交，地址為：

**Contra Costa Health Plan
Member Services
595 Center Ave Suite 100
Martinez, CA 94553**

您也可以發送電子郵件至 Member.Services@cchealth.org。（請注意：電子郵件並非安全無虞，請自行決定是否要採用電子郵件之方式。）

申請核准後，我們會在收到您申請的四十五 (45) 個工作天內郵寄支票給您。

CONTRA COSTA
HEALTH



您。

如有任何疑問或需要協助，請致電

CCHP 會員服務部

1-877-661-6230. 選項 2 (TTY 711)

會員報銷表

A 部分：會員資訊 (接受服務之人)

姓氏	名字	中間名首字母	
家庭地址	城市	州	郵遞區號
收件地址 <input type="checkbox"/> 與家庭地址相同請打勾	城市	州	郵遞區號
_____/_____/_____ 出生日期 (年/月/日)	CCHP ID 號碼		

B 部分：報銷所需資訊

為避免延滯處理時間，請務必提供以下資訊：

1. **醫療保健提供者帳單**：醫療保健提供者開具之帳單或發票副本。
2. **收據**：標示已付金額的收據副本。
3. **付款證明**：兌現支票或信用卡收據的副本。

服務日期	
醫療保健提供者名稱 (如醫生、醫院、救護車服務、藥房、實驗室等)	
提供服務的場所地址 (如醫院地址、醫生地址等)	
為您提供的服務 (如 X 光檢查、門診就醫、注射、處方等)	
帳單金額	

已付金額	
------	--

注意：請送交清晰易讀之文件和資訊，否則表單將被退回。

C 部分：治療說明 (選填)

請描述所接受之服務。若提供服務之醫療保健提供者非為 Contra Costa Health Plan (CCHP) 醫療保健提供者，請在此說明原因。

患者是否住院？

否 是 → 若勾選是，請附上醫療記錄。請提供以下日期。

住院日期 (年/月/日) : _____ / _____ / _____

出院日期 (年/月/日) : _____ / _____ / _____

注意：請送交清晰易讀之文件和資訊，否則表單將被退回。

D 部分：會員簽名

- 我為會員本人或會員授權之代表 (如果患者為未成年人或法定受撫養人，則為父母/法定監護人)。
- 我在此保證，據本人所知，本表單出具之資訊皆正確無誤。
- 我授權發布此表單所列服務日期接受之醫療保健服務相關資訊。我瞭解此等資訊在 Contra Costa Health Plan 處理我的付款索賠時不可或缺。

正楷姓名

簽名

簽署日期 (年/月/日)

(_____)

首選聯絡電話號碼

每週最佳致電日與時段

透過郵件、親送或電子郵件的方式，繳交填妥之表單和文件

Contra Costa Health Plan
Member Services
595 Center Ave, Suite 100
Martinez, CA 94553

Member.Services@cchealth.org

(請注意：電子郵件並非安全無虞，請自行決定是否要採用電子郵件之方式。)