

本表格可用於 *Health Net of California, Inc.* 和 *Health Net Life Insurance Company* 的產品，或您的僱主團體所提供的產品。請為每一位提交帳單申請受保服務費用補償的會員填寫理賠申請表。為避免發生延遲情況，請務必完整回答每一個問題。請附完整的明細帳單和付款證明，或請您的醫師填寫本申請表背面。

請交到： Health Net of California, Inc.
Commercial Claims
PO Box 14702
Lexington, KY 40512-4702

步驟 1：

<p>投保人資訊 - 必須註明投保人編號以確保能快速處理這份要求。</p>					
姓氏：	名字：	中間名首字母：	投保人編號：	團體編號：	
住家地址：		城市：	州：	郵遞區號：	
出生日期(月/日/年)：	電話號碼：	電子郵件地址：	婚姻狀態： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 同居伴侶		
<p>團體是否受到 ERISA 規定約束？ 一般而言，ERISA 適用所有僱主健保計畫。沒有任何員工的獨資企業或合夥企業有可能不受 ERISA 規定約束。投保人團體的 ERISA 狀態如果發生變動，投保人團體必須通知 Health Net。</p> <p><input type="checkbox"/> 是，ERISA 計畫年度是從以下月份開始：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 否，因為是政府或公共計畫或教會計畫 <input type="checkbox"/> 否，因為其他原因(請註明)：_____</p>					
<p>病人資訊</p>					
<p>理賠申請對象： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶 <input type="checkbox"/> 女兒 <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)：_____</p>					
<p>配偶/受撫養人資訊 - 如果是為配偶或受撫養人提出理賠申請，請填寫以下內容。</p>					
姓氏：	名字：	中間名首字母：	出生日期：		
<p>您是否曾向 Health Net 網絡醫師取得服務？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>					
<p>您或您的醫師是否已取得本理賠申請的全部或部分預先證明？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 大概日期：_____</p>					
<p>疾病/傷害/懷孕資訊</p>					
轉介醫師姓名：	傷害或疾病是否與工作有關？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如答「是」，僱主姓名：_____		發生事故或生病日期：		
<p>其他健康保險資訊</p>					
病人目前是否有其他醫療保險的承保，例如 Medicare？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果是 Medicare，請指出會員投保的是哪個部分： <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分 <input type="checkbox"/> D 部分			
其他保險公司名稱：	保單編號：	生效日期：	會員編號：		
保險公司地址：		城市：	州：	郵遞區號：	
被保之保單持有者姓名：		社會安全號碼：		出生日期：	
僱主姓名：	僱主地址：	城市：	州：	郵遞區號：	電話號碼：
<p>取得和公開醫療資訊授權表</p>					
<p>本人茲此授權任何醫師、健康照護執業人員、醫院、診所或其他醫療相關機構可以向 Health Net、其代理人、指定人或代表提供任何及一切與醫療治療相關的資訊，供審查、調查或評估申請表或理賠申請之用。本人也授權 Health Net、其代理人、指定人或代表可以向醫院或健康照護服務計畫、保險公司或自行投保人透露任何取得的醫療資訊，只要此透露行為是處理任何理賠申請所必需即可。如果本人的承保是透過本人僱主、協會、信託基金、工會或類似實體持有的團體福利協議而取得，則本授權也同樣准許可以向以上實體透露，但必須是為執行使用審查或財務稽核所必需。本授權應立即生效，且在要求 Health Net 處理依據本人承保而提出之理賠申請期間均應持續維持效力。本授權表的影印本與正本具同等效力。本人茲此證明以上所述均為正確。</p>					
投保人簽名： X	填寫表格者的姓名(請以正楷填寫)：			電話號碼：	

步驟 2：醫師聲明：

如果您沒有明細帳單和付款證明，請您的醫師或提供者填寫以下部分，而且務必提供全部資訊。

病人資訊 (由病人填寫)						
姓氏：		名字：		中間名首字母：		
醫療資訊公開 本人授權可公開處理本理賠申請所需的任何醫療資訊。 被保人或被授權人簽名： _____ 日期： _____ (如病人是未成年人，父母或監護人簽名)		轉讓醫療福利 本人授權可向以下簽名的醫師或提供者就以下所述服務給付醫療福利。 被保人或被授權人簽名： _____ 日期： _____				
X		X				
醫師或提供者資訊						
生病 (首次出現病症) 或受傷 (事故) 日期：		首次向您諮詢此病況的日期：		病人是否曾經有相同或類似病症？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如答「是」，日期：		
病人可以返回工作崗位的日期：		完全傷殘期間： 從： _____ 一直到： _____		部分傷殘期間： 從： _____ 一直到： _____		
轉介醫師姓名：		因為相關服務而住院期間： 入院： _____ 出院： _____				
提供服務的機構 (如果不是在家中或診間) 名稱和地址：		在您診間以外進行的化驗： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 收費：				
疾病或傷害的診斷或性質 - 請用標示數字 1、2、3 或 4 或 DX 代碼方式，將診斷與 D 欄的程序建立關聯性。 以下 C 欄中請填 CPT-4 程序代碼，D 欄請填 ICD-9 代碼。						
1.						
2.						
3.						
4.						
A 服務日期	B ¹ 服務地點	C - 所提供程序、醫療服務或用品		D 診斷代碼	E 收費	F (內部使用)
		程序代碼 (請標明)	說明 (解釋特別的服務或情況)			
¹服務地點代碼：				總收費：		已付金額：
11 醫師診間		23 急診室		55 住宿物質濫用治療機構		應付餘額：
12 病人家中		24 門診外科手術中心		81 獨立化驗室		
20 緊急照護機構		31 專業護理機構		99 其他服務地點		
21 住院醫院		41 救護運輸工具				
22 門診醫院						
醫師或提供者簽名：		接受轉讓？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如答「是」，必須在下方提供納稅人識別號碼)		醫師或提供者姓名、地址、郵遞區號和電話號碼：		
X						
日期：		醫師社會安全號碼：				
您的病人帳號：		醫師納稅人識別號碼：		執照編號：		

為了保護您，California 法律規定本表格應載有下列文字。

任何人蓄意提出錯誤或欺詐的損失給付理賠申請，均屬犯罪行為，可能處以罰鍰並監禁於州立監獄。

Health Net of California, Inc. 和 Health Net Life Insurance Company 是 Health Net, Inc. 的子公司。Health Net 是 Health Net, Inc. 的註冊服務標章。保留所有權利。