

## MẪU ĐƠN YÊU CẦU BỒI HOÀN Y PHÍ

### THÔNG TIN CỦA NGƯỜI ĐỨNG TÊN (NHÂN VIÊN) BẢO HIỂM VALLEY HEALTH PLAN

Họ Người Đứng Tên Bảo Hiểm		Tên Người Đứng Tên Bảo Hiểm		Chữ lót	Số An Sinh Xã Hội	Số Bảo Hiểm VHP
Ngày sinh / /		Địa chỉ Người Đứng Tên Bảo Hiểm (Tên đường)			Quý vị hoặc bệnh nhân có bảo hiểm nào khác, kể cả Medicare, or Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> YC6 - Nếu CÓ bảo hiểm khác, ghi tên, địa chỉ, và số chính sách của công ty bảo hiểm sức khỏe này:	
Điện thoại nhà ( ) -		Thành Phố	Tiểu Bang	Số Vùng		

### THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN - (Nếu Người Đứng Tên Bảo Hiểm là bệnh nhân thì không cần điền phần này.)

Họ của Bệnh Nhân		Tên bệnh nhân		Chữ lót	Liên hệ của bệnh nhân với người đứng tên bảo hiểm: <input type="checkbox"/> Bản thân <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Liên hệ khác		
Ngày Dịch vụ / /		Địa chỉ của bệnh nhân (tên đường)			Thành Phố	T.B.	Ma bưu điện

### THÔNG TIN VỀ YÊU CẦU BỒI HOÀN

Bệnh Trạng/Lý Do Điều Trị (Nếu cần, dùng một tờ giấy khác để giải thích rõ chi tiết):	Tại sao quý vị không thể xử dụng những dịch vụ sức khỏe có trong hợp đồng của Valley Health Plan?
---	---

Có liên lạc với VHP để xin Chấp Thuận dịch vụ điều trị này? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	(Các) Dịch vụ này có được giới thiệu bởi: <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Y Sĩ <input type="checkbox"/> Tiệm thuốc <input type="checkbox"/> Nơi khác: _____
--	--

Ngày Dịch vụ / /	Người cung cấp dịch vụ	Số tiền đã trả cho dịch vụ \$
------------------	------------------------	-------------------------------

Nếu cần, dùng một tờ giấy khác để ghi rõ các dịch vụ.	<b>TOTAL \$</b>
---	-----------------

Đây có phải là tổn thương do nghề nghiệp-Workers Compensation (WC) hoặc tai nạn xe hoặc một tai nạn gì khác?  Không  Có - Nếu CÓ, ghi rõ các chi tiết sau đây:

Ngày xảy ra tai nạn / /	Tên hãng Bảo Hiểm Xe hoặc Bồi Thường Lao Động (Workers Compensation)	Số yêu cầu bồi thường tai nạn xe hay lao động #
-------------------------	--	---

Describe how, when, and where the accident occurred:	Bệnh trạng hoặc sự tổn thương trong đơn bồi hoàn y phí này có liên quan đến việc làm/sở làm của quý vị không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có  Quý vị có được bồi hoàn một phần hoặc toàn bộ y phí này từ một chương trình tài trợ nào khác cung cấp quyền lợi hoặc dịch vụ về y khoa hay không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Có-Nếu CÓ, ghi các chi tiết về chương trình tài trợ này.
--	--

### CHỮ KÝ ỦY QUYỀN CUNG CẤP THÔNG TIN

Tôi ủy quyền cho hãng bảo hiểm, tổ chức, sở làm, bệnh viện, bác sĩ hoặc bác sĩ giải phẫu được cung cấp các thông tin mà VHP yêu cầu. Bản sao của giấy ủy quyền này vẫn có hiệu lực và giá trị như bản chính.

SChữ Ký của Người Đứng Tên Bảo Hiểm hoặc Bệnh Nhân. Cha/Mẹ phải ký tên cho trẻ em vị thành niên. <b>X</b>	Ngày
--	------

Để bảo vệ quý vị, luật California quy định thông tin sau đây phải được ghi trong mẫu đơn này: Bất cứ người nào cố ý làm đơn yêu cầu bồi thường tiền chomột sự việc giả tạo hoặc lừa dối, là vi phạm luật và có thể bị phạt tiền và phạt tù trong trại giam của tiểu bang. Nếu được chấp thuận, một chi phiếu bồi hoàn tiền sẽ được gửi đến Người Đứng Tên Bảo Hiểm tại địa chỉ đã ghi trong hồ sơ VHP, hoặc đến Người Cung Cấp Dịch Vụ, nếu thích hợp, trong vòng 45 ngày làm việc.

## Thủ Tục Nộp Đơn Yêu Cầu Bồi Hoàn Y Phí

Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Hoàn Y Phí (Medical Claim Reimbursement Form) phải được nộp cho Valley Health Plan trong vòng chín mươi (90) ngày kể từ ngày nhận dịch vụ.

**Bước đi 1:** Điền vào một mẫu hoàn trả bồi thường y tế

**Bước đi 2:** Bao gồm hóa đơn gốc, hóa đơn, hoá đơn và chứng từ thanh toán.

- Nhận ban đầu(s) bao gồm
  - Tên bệnh nhân;
  - Tên của bác sĩ, bệnh viện, hoặc nhà cung cấp khác;
  - Ngày thanh toán; và
  - Số tiền trả.
- Đơn gốc chia thành từng nhóm(s) hoặc hóa đơn(s) từ nhà cung cấp bao gồm:  
(Nếu trong trường hợp một nhận hồi, thanh toán sẽ được tính toán dựa trên tỷ lệ chuyển đổi đô la vào thời điểm dịch vụ)
  - Tên bệnh nhân;
  - Ngày(s) của dịch vụ; và
  - Bản chất của bệnh tật hoặc chấn thương - bao gồm cả mã hóa đơn y tế và bệnh viện (s).
- Chứng từ thanh toán
  - Bằng chứng thanh toán khác, chẳng hạn như một bản sao của một séc hoặc thẻ tín dụng nhận tiền mặt có thể được yêu cầu.

**Bước đi 3:** Mail hoặc đi bộ trong Form hoàn trả bồi thường y tế hoàn thành với biên lai, hóa đơn, hoá đơn và hồ sơ y tế trong vòng chín mươi (90) ngày kể từ ngày các dịch vụ cho:

Valley Health Plan  
Chú ý: Member Services  
2480 N. First Street, Suite 200  
San Jose, CA 95131

**Bước đi 4:** Được sự chấp thuận yêu cầu của bạn, kiểm tra sẽ được gửi cho quý vị trong vòng bốn mươi lăm (45) ngày làm việc kể từ khi nhận yêu cầu của bạn.