

SCAN 個案編號： \_\_\_\_\_

會員資訊	
姓名：	SCAN 會員 ID：
地址：	
電話：	出生日期：
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	其他保險 ( 如有 )：

提供者資訊	
提供者/機構名稱：	
地址：	
服務日期：	預計金額：
治療地點： <input type="checkbox"/> 診室 <input type="checkbox"/> 醫院/急診室 <input type="checkbox"/> 急症治療護理 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 在美國境外提供的服務 <input type="checkbox"/> 其他：	

會員報銷 ( 退款 ) 申請
<p>請提供下列<u>規定</u>文件。如有任何資訊缺失，我們將會因資訊不完整而退回申請。在獲得所有這些資訊前，我們無法處理您的退款申請。</p>
<p>請提供以下<u>規定</u>文件：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 分項帳單。例如：             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 它必須顯示醫療服務提供者或供應商的名稱和地址、每項醫療服務或用品的描述、每項服務或用品的收費金額，以及您接受服務或用品的日期。</li> </ul> </li> <li>● 證明文件或資訊，例如：醫療記錄、醫生記錄、轉診、處方、分項帳單等。</li> <li>● 付款憑證。例如：             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 顯示所付款項的提供者對帳單</li> <li>○ 顯示提供者資訊的正式收據</li> <li>○ 信用卡對帳單 ( 為安全起見，請遮蔽您的帳戶資訊 )</li> </ul> </li> </ul>

- 付訖支票 ( 正反兩面 )
- 授權書或代表委任書 ( 可在 **SCAN** 網站上找到 ) 。僅在您不是會員但是代表會員提交賠付申請時才需要

**賠付資訊\*\***

重要提示：詳細說明您接受治療的疾病或傷情，以及您前往該提供者處的原因（如有需要，請另附一頁）。例如，在 2/1/20XX，我摔倒在郵輪的甲板上，扭傷了右腳踝。當時隨船醫生 John Smith 為我提供治療，他給了我裝了支架，我用信用卡支付了 \$175。

**患者或代表人簽名\***

正楷姓名：

關係：

簽名：

日期：

**重要提示 - 請參閱另一面的說明**

- 使用此表格提交您所付款項的退款申請。您必須在接受服務後的一年內提交這些文件。
- 在獲得所有這些資訊前，我們無法處理您的退款申請，因此請盡快將填妥的表格與所有帳單和證明文件一並寄送給我們。如果賠付申請表不完整，或相關文件缺失，我們會將會退還給您，並附上詳細說明所需資訊的信函。
- 如果接受的服務來自多個提供者，不能合併到一張賠付申請表中。需要針對每個提供者提交單獨的賠付申請表。請保留帳單和證明文件的副本作為個人記錄。
- 可能需要長達 60 天時間來處理您的退款申請。

若您有任何疑問，我們可隨時為您解答。請撥打會員服務部號碼 1-800-559-3500 ( 聽障專線：711)。  
10 月 1 日到 2 月 14 日期間，服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。2 月 15 日至 9 月 30 日期間的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。

請將填妥的表格連同分項帳單和證明文件 ( 如適

Y0057\_SCAN\_10102\_2017\_CH IA 02222017

**SCAN Health Plan**  
**P.O.Box 22698**

M203-3



用，包括付款憑證) 一起傳真或郵寄至：

會員賠付申請表報銷 ( 退款 ) 申請  
**Long Beach, CA 90801-5616**  
傳真：(562) 426-2150

---