

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： ☐ 男 ☐ 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： ☐ 診室 ☐ 醫院/急診室 ☐ 急症治療護理 ☐ 診所 ☐ 在美國境外提供的服務 ☐ 其他：	

會員報銷（退款）申請

請提供下列規定文件。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。

請提供以下規定文件：

- 分項帳單。例如：
 - 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。
- 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。
- 付款憑證。例如：
 - 顯示所付款項的提供者對帳單
 - 顯示提供者資訊的正式收據
 - 信用卡對帳單（為安全起見，請遮蔽您的帳戶資訊）
 - 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



會員賠付申請表報銷（退款）申請

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（如適用，包括付款憑證）一起傳真或郵寄至：

SCAN Health Plan
P.O.Box 21543
Eagan, MN 55121
傳真：(562) 426-2150