

交通相关旅行费用 报销申请表

使用此表格为符合条件的“交通相关旅行费用”申请报销。请提供下面所要求的信息。如果您有任何疑问，请拨打Blue Shield Promise会员卡上的客户服务电话。

会员/捐赠者信息

名字 _____ 姓氏 _____
投保人ID（如果是会员）或社会保障号（如果不是会员） _____
出生日期 _____
地址 _____
市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____
电话号码 _____
电子邮件地址 _____

照护者（助手）信息（如适用）

名字 _____ 姓氏 _____
投保人ID（如果是会员）或社会保障号（如果不是会员） _____
地址 _____
市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____
电话号码 _____
电子邮件地址 _____

服务信息

提供服务的医生的姓名和电话号码： _____

就诊目的（选择所有适用项）：

咨询 治疗 手术 随诊 术前 术后

服务日期： _____

您是否有照护者（助手）？

是 否

照护者是否已得到您的医生的批准？如果您有主诊医生签署的便条，请提供一份副本。

有 无

旅行时间：开始日期 _____ 结束日期 _____

您申请报销的每一天均需提供所有收据。每人的报销金额可达最高的每日IRS金额。如果里程报销获得批准，则报销金额基于IRS医疗里程费率。

交通（如适用）：

里程：

对照护者的应付款总额 _____

停车：

对会员/捐赠者的应付款总额 _____ 对照护者的应付款总额 _____

通行费：

对会员/捐赠者的应付款总额 _____ 对照护者的应付款总额 _____

其他：

对会员/捐赠者的应付款总额 _____ 对照护者的应付款总额 _____

住宿（如适用）：

对会员/捐赠者的应付款总额 _____ 对照护者的应付款总额 _____

餐食（如适用）：

对会员/捐赠者的应付款总额 _____ 对照护者的应付款总额 _____

其他（如适用）：

对会员/捐赠者的应付款总额 _____ 对照护者的应付款总额 _____

会员/捐赠者签名： _____

如果您是未成年人的父母/监护人，请勾选。

会员/捐赠者工整姓名： _____ 日期： _____

将此表格和所有收据提交至：

ATTN: Reimbursement Dept.

3840 Kilroy Airport Way

Long Beach, CA 90806

传真号码： 323.889.5049

ATTN: Reimbursement Dept.

Blue Shield of California Promise Health Plan is contracted with L.A. Care Health Plan to provide Medi-Cal managed care services in Los Angeles County. You can get this document for free in other formats, such as large print, braille, or audio. The call is free.

Medi-Cal (Los Angeles) Customer Care: (800) 605-2556 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 6:00 p.m., Monday through Friday.

Medi-Cal (San Diego) Customer Care: (855) 699-5557 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 6:00 p.m., Monday through Friday.