

# Chi phí đi lại liên quan của dịch vụ chuyên chở Mẫu yêu cầu hoàn tiền lại

Sử dụng biểu mẫu này để yêu cầu hoàn tiền lại cho các chi phí đi lại liên quan hội đủ điều kiện cho dịch vụ chuyên chở. Vui lòng cung cấp thông tin được yêu cầu bên dưới. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi tới số Chăm sóc khách hàng trên thẻ ID Blue Shield Promise của quý vị.

## Thông tin hội viên/nhà tài trợ

Tên thường gọi \_\_\_\_\_ Họ \_\_\_\_\_  
ID người đăng ký (nếu là hội viên) hoặc Số an sinh xã hội (đối với người không phải là hội viên) \_\_\_\_\_  
Ngày sinh \_\_\_\_\_  
Địa chỉ \_\_\_\_\_  
Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã ZIP \_\_\_\_\_  
Số điện thoại \_\_\_\_\_  
Địa chỉ email \_\_\_\_\_

## Thông tin về Người phục vụ (Trợ lý) (nếu có)

Tên thường gọi \_\_\_\_\_ Họ \_\_\_\_\_  
ID người đăng ký (nếu là hội viên) hoặc Số an sinh xã hội (đối với người không phải là hội viên) \_\_\_\_\_  
Địa chỉ \_\_\_\_\_  
Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã ZIP \_\_\_\_\_  
Số điện thoại \_\_\_\_\_  
Địa chỉ email \_\_\_\_\_

## Thông tin dịch vụ

Tên và số điện thoại của bác sĩ đã thực hiện dịch vụ: \_\_\_\_\_  
Mục đích của lần thăm khám này (chọn tất cả các mục áp dụng):  
 Tư vấn  Điều trị  Phẫu thuật  Khám theo dõi  Tiền phẫu  Hậu phẫu  
(Các) Ngày cung cấp dịch vụ: \_\_\_\_\_  
Quý vị đã có người phục vụ (trợ lý) chưa?  
 có  không  
Người phục vụ có được bác sĩ của quý vị chấp thuận không? Nếu quý vị có giấy xác nhận có chữ ký của bác sĩ yêu cầu, vui lòng cung cấp một bản.  có  không  
Thời gian di chuyển: Ngày bắt đầu \_\_\_\_\_ Ngày kết thúc \_\_\_\_\_

Cung cấp tất cả các biên lai cho khoản hoàn tiền lại hàng ngày đang được yêu cầu. Khoản hoàn tiền lại sẽ được cung cấp đến mức tối đa là số tiền IRS hàng ngày tối đa cho mỗi người. Nếu việc hoàn tiền lại cho số dặm được chấp thuận, việc hoàn tiền lại sẽ dựa trên tỷ lệ số dặm y tế của IRS.

**Phương tiện chuyên chở (nếu có):**

**Số dặm:**

Tổng số tiền phải trả cho người phục vụ \_\_\_\_\_

**Đậu xe:**

Tổng số tiền phải trả cho Hội viên/Nhà tài trợ \_\_\_\_\_ Tổng số tiền phải trả cho người phục vụ \_\_\_\_\_

**Phí cầu đường:**

Tổng số tiền phải trả cho Hội viên/Nhà tài trợ \_\_\_\_\_ Tổng số tiền phải trả cho người phục vụ \_\_\_\_\_

**Khác:**

Tổng số tiền phải trả cho Hội viên/Nhà tài trợ \_\_\_\_\_ Tổng số tiền phải trả cho người phục vụ \_\_\_\_\_

**Chỗ ở (nếu có):**

Tổng số tiền phải trả cho Hội viên/Nhà tài trợ \_\_\_\_\_ Tổng số tiền phải trả cho người phục vụ \_\_\_\_\_

**Các bữa ăn (nếu có):**

Tổng số tiền phải trả cho Hội viên/Nhà tài trợ \_\_\_\_\_ Tổng số tiền phải trả cho người phục vụ \_\_\_\_\_

**Khác (nếu có):**

Tổng số tiền phải trả cho Hội viên/Nhà tài trợ \_\_\_\_\_ Tổng số tiền phải trả cho người phục vụ \_\_\_\_\_

Chữ ký của Hội viên/Nhà tài trợ: \_\_\_\_\_

Vui lòng đánh dấu vào nếu quý vị là cha mẹ/người giám hộ của trẻ vị thành niên.

Tên viết hoa của hội viên/nhà tài trợ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Gửi biểu mẫu này và tất cả biên lai tới:

Attn: Reimbursement Dept.  
3840 Kilroy Airport Way  
Long Beach, CA 90806

Fax: 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.

Blue Shield of California Promise Health Plan is an independent licensee of the Blue Shield Association.

A55284MDC-VI\_0623