

医疗旅行支持请款表

根据您的计划福利,您可以使用此表格申请可能属于承保范围的合格旅行和住宿费用补偿。如果您对于您的旅行和住宿福利有任何疑问,请向您的雇主查询您的承保,或致电 **212-501-4444** (听力语言残障服务专线 (TTY): **711**)。

会员

全名 _____ 会员卡号码 _____
 团体编号 _____ 出生日期(月月/日日/年年年年) _____
 地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____
 这是否是新的地址? 是 否
 电话号码 _____ 电子邮件地址 _____

病患信息

请选择此表格是为谁而提交(请选择一项): 投保人 配偶/同居伴侣 受抚养人
 全名 _____ 出生日期(月月/日日/年年年年) _____
 是否有护理者与病患同行? 是 否 如为是,请列出护理者总人数: _____

医疗护理提供者/设施信息

医疗护理提供者姓名或名称/设施名称 _____ 纳税人识别号(Tax ID Number, TIN) _____
 地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

您已支付费用之旅行和住宿的详细信息

请使用此空白处简要说明提供的服务:

请填写此表格,告诉我们您支付了哪些费用。请在每一行单独填写一项费用。如果此表格空白不够您填写信息,您可以写在另一张纸上。列出的所有费用都必须附上付款证明。对于列出的每一项费用,请:

- 在一张 8.5 英寸 x 11 英寸的白纸上(请只使用单面),用胶带黏贴收据正本(请勿用钉书钉钉住)。胶带切勿遮蔽日期或金额信息。

请勿在收据上醒目表示或圈出承保项目,也不要划掉非承保项目。

您已支付费用之旅行和住宿的详细信息(续)

费用开始日期	费用结束日期	租车	汽车里程数*	汽油费	停车费 / 过路费	出租车、火车、公交车、渡轮和地铁费用	Uber / Lyft 车费	国内线机票	住宿 / 酒店
费用总金额		\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

*记录从病患住家到服务提供地点实际开车的地面英里数。

会员签名

任何人蓄意且意图欺诈任何保险公司或其他人,提供的保险申请或请款声明内含任何重大不实信息,或基于误导目的而隐瞒有关其任何重大事实的信息,都构成欺诈保险行为,属于犯罪行为,并且也将受到民事处罚。

签名 _____

日期(月月/日日/年年年年) _____

本人勾选此方框或签署此表格即表示,本人确认基于补偿目的而提交之旅行和住宿信息符合本人福利计划载明的承保规定。填妥和提交此表格并不保证一定能付款。

准备好要寄送填妥的表格?

在邮寄表格前,请确保您已:

- 完整填写此表格并签名。
- 附上您所列费用的收据正本。
- 将您寄给我们的所有文件全都保留一份副本。

提交请款的方法:

- 提交的费用均附上清晰可辨的收据后,且日期与请款表所列的旅行日期相符,我们才会对符合资格的费用进行补偿审查。所有旅行和住宿收据都必须附加于此表格。
- 您的机票航班行程单和已付款机票收据(两份文件都必须提供才能获得补偿)。
- 以上注明的任何其它承保项目收据。
- 如果您提交补偿表时漏填信息或提供的信息不完整,您将会收到信函,说明哪些信息有所遗漏。
- 收据必须在费用产生日期之后的一年内提交。
- 我们将根据您的计划福利处理您的要求。我们会在完成审查后寄给您支票或后续信函。

请寄至:

NYCE PPO Plan
P.O. Box 21534
Eagan, MN 55121

有疑问?我们在此提供协助。

如果您有任何疑问,请联系会员服务部,电话 **212-501-4444** (听力语言残障服务专线 (TTY): **711**)。