

كيفية إكمال نموذج المطالبة

يجب استكمال جميع المعلومات من قبل الطالب



Relation Insurance Administrators
P.O. Box 6040
Agoura Hills, CA 91376-6040

CLAIM FORM

PLEASE COMPLETE IN FULL TO ENSURE PROPER PROCESSING

SCHOOL/ORGANIZATION		POLICY NUMBER (CAN BE FOUND ON ID CARD)	
INSURED'S LAST NAME		INSURED'S FIRST NAME	MI
INSURED'S U.S. MAILING ADDRESS—NUMBER AND STREET NAME (OR P.O. BOX #), CITY, STATE, ZIP			
INSURED'S DATE OF BIRTH (MM/DD/YY)	<input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE	INSURED'S SCHOOL ID NUMBER	INSURED'S PHONE NUMBER

If claimant is a Dependent currently insured under this plan, complete information below (in addition to the above).

CLAIMANT'S LAST NAME		CLAIMANT'S FIRST NAME	MI
CLAIMANT'S U.S. MAILING ADDRESS —NUMBER AND STREET NAME (OR P.O. BOX #), CITY, STATE, ZIP			
CLAIMANT'S DATE OF BIRTH (MM/DD/YY)	<input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE	CLAIMANT'S PHONE NUMBER	

SECTION 1 – INJURY OR SICKNESS INFORMATION

1. Is this claim pertaining to a sickness/medical condition or an injury? Sickness Injury If injury, please fill out the information below.

If claim is for a sickness/medical condition, skip to Section 2.

a) How and where injury occurred; and brief description of injury:

Date of Injury: _____

b) Did injury occur at work? No Yes If yes, name of employer: _____

c) Did injury occur during practice or play of school-sponsored sports? No Yes If yes, please complete information about the sport below.

Name of Sport: _____ Intercollegiate Intramural/Club

If intercollegiate, report to trainer and get signature. Signature of Athletic Trainer: _____

SECTION 2 – REFERRAL INFORMATION

2. Did you visit the campus health center for treatment of this injury or sickness? No Yes N/A (skip to Section 3)

If yes, signature and title of health center official: _____

3. Did you receive a referral to an outside doctor by the campus health center, or from one provider to see different provider? No Yes

If yes, please send a copy of the referral with this form.

SECTION 3 – OTHER INSURANCE INFORMATION

4. Do you have other insurance which covers your condition such as a group or individual health plan, government health plan, or automotive insurance plan (if auto accident)? No Yes

If yes, who is the Policyholder? Self Parent Spouse Name of Insurance Carrier: _____

Member No.: _____ Group No.: _____ Insurance Co. Phone No.: _____

Primary Insured's Name (Parent/Spouse/Self): _____

SECTION 4 – ASSIGNMENT OF BENEFITS

5. Indicate below to whom payment is to be made:

Balance is owed to the provider of service. Please pay the provider as indicated on billing statement.

Expenses have been paid by the patient/insured. Please reimburse the student or claimant listed above.

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION: I authorize any Health Care Provider, Insurance Company, Employer, Person or Organization to release information regarding medical, dental, mental, alcohol or drug abuse history, treatment or benefits payable, including disability or employment related information, to Relation Insurance Administrators, or their employees and authorized agents for the purpose of validating and determining benefits payable. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original. I certify the above information to be true and correct.

Patient's or Authorized Representative's Signature _____ Date _____

If student is under age 18, must be signed by a parent or guardian.

IMPORTANT: This form must be completed and returned to Relation Insurance Administrators within 90 days from the date of treatment, accompanied by all bills incurred to that date. Please include itemized bills (see itemized bill requirements on page 2).

YOU CAN SUBMIT THIS COMPLETED FORM BY MAIL OR FAX USING THE INFORMATION BELOW. CLAIMS ARE NOT ACCEPTED VIA EMAIL.

Claims Mail: Relation Insurance Administrators, P.O. Box 6040, Agoura Hills, CA 91376-6040
Claims Fax: (818) 735-3567
Customer Service: (800) 468-4343
Customer Service E-Mail: riainfo@relationinsurance.com

1. أدخل معلومات الطالب

يطلب هذا القسم معلومات أساسية حول تحديد الهوية، مثل الاسم والعنوان ورقم بطاقة هوية الطالب. يجب على الطلاب الدوليين استخدام عناوينهم الحالي في الولايات المتحدة. وليس عنوان بلدهم الدائم خارج الولايات المتحدة.

1b. إذا كان المعال المؤمن عليه هو صاحب المطالبة، فقم بملء قسم "المطالب" مع معلومات المعال.

2. معلومات حول الإصابة أو المرض

يطلب هذا القسم كل تفاصيل المرض أو الإصابة. في حالة الإبلاغ عن إصابة، من المهم أن يدرك المسؤول عن المطالبة ما إذا كانت الإصابة حدثت أثناء أداء الوظيفة أم أثناء ممارسة الرياضة أم ركوب السيارة.

3. معلومات الإحالة

إذا كان هناك حاجة إلى إحالة لمركز صحي، أو تم الإعفاء من المصروفات القابلة للخصم مع الإحالة لمركز صحي، فيجب إكمال هذا القسم وإرفاق الإحالة به.

4. تغطية تأمين أخرى

إذا كان الطالب لديه تغطية تأمينية في إطار خطة أخرى، فإن الخطة المدرسية سوف تدفع بشكل ثانوي، وفي هذه الحالة يجب على الطالب تقديم مطالبة إلى التغطية التأمينية الأخرى أولاً، ثم إلى "Relation" بعد ذلك بخصوص المبالغ المشمولة التي لم تدفعها الخطة الأخرى.

5. تعيين المزايا

ويوجه هذا القسم المسؤول عن المطالبات إلى من ينبغي أن تتم المدفوعات له.

6. التوقيع والتاريخ

يتم استخدام هذا القسم كإصدار من المعلومات الشخصية بحيث يمكن لمقدمي الخدمات الطبية والمسؤول عن المطالبات مشاركة المعلومات الطبية ذات الصلة.

7. مهم

يجب إكمال هذا النموذج وإعادةه مرة أخرى إلى الشركة خلال ٩٠ يوماً من تاريخ العلاج مصحوباً بكافة الفواتير المتكيدة حتى تاريخه. الرجاء إدراج الفواتير المفصلة.

8. إرفاق حالة الطالب للمركز الصحي

إذا كان هناك حاجة إلى إحالة لمركز صحي، أو تم الإعفاء من المصروفات القابلة للخصم مع الإحالة لمركز صحي، فتأكد من تضمين الإحالة للمركز الصحي.

9. إرفاق الفواتير المفصلة

تأكد من إرسال جميع الفواتير المفصلة، وكذلك إيصالات العقاقير الطبية، إن وجدت، مع استمارة المطالبة. كما يستحسن كتابة اسم ورقم الطالب على جميع الفواتير التي يتم إرفاقها.

10. أرسل النموذج المكتمل سواء بواسطة البريد أو الفاكس.