كيفية استكمال نموذج مطالبة

يجب استكمال جميع المعلومات من خلال الطالب

1. إدخال معلومات الطالب

يطلب هذا الجزء معلومات تعريف أساسية مثل الاسم والعنوان ورقم تعريف الطالب. يجب على الطلاب الدوليين استخدام عناوينهم الحالية في الولايات المتحدة، وليس عناوينهم الدائمة خارج البلاد. تحت اسم راعي برنامج الخطة، اكتب GeoBlue."

2. التأمين الصحي الآخر

يطلب هذا الجزء معلومات عما إذا كان لدى الطالب تأمين آخر. إذا لم تكن مغطاة من خلال خطة تأمين أخرى، فظلل دائرة لا .

3. التشخيص

يطلب هذا الجزء جميع تفاصيل المرض أو الإصابة. إذا كنت تبلغ عن إصابة، فمن الضروري لمدير المطالبات أن يفهم ما إذا كانت الإصابة قد حدثت أثناء العمل أو ممارسة الرياضة أو ركوب سيارة.

4. الرسوم

يطلب هذا الجزء لائحة مفصلة بكل خدمة أو مقدم خدمة. اكتب اسم مقدم الخدمة وموقعه والتشخيص ونوع الخدمة وتواريخ الخدمة وجميع الرسوم المتحملة وأرفق إيصالاتك.

5. استرداد دفعات المطالبات

يوجه هذا الجزء مدير المطالبات إلى من تقدم له عمليات الدفع.

6. التوقيع والتاريخ

يستخدم هذا الجزء كتحرير للمعلومات الشخصية حتى يستطيع مقدمو الخدمات الطبية ومدير المطالبات مشاركة المعلومات الطبية ذات الصلة.

MEDICAL EXPENSE
Claim Form and Instructions

GeoBlue

GeoBlue is the trade name of Worldwide Insurance Services, LLC, an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.

1. PATIENT INFORMATION

Member ID	*Please enter Member ID as shown on card*															

Patient's Name *(Given Name, Family Name)*	Patient's date of birth *(MM/DD/YYYY)*	Patient's Gender
		◯ Male ◯ Female
Name of Insured Member *(Given Name, Family Name)*	Insured's date of birth *(MM/DD/YYYY)*	Patient's Relationship to Insured
		◯ Self ◯ Spouse ◯ Child
Name of Plan Program Sponsor	Insured's current mailing address	

Member Email	Member Phone Number

2. OTHER HEALTH INSURANCE

Is the patient covered under other health insurance? ◯ YES ◯ NO			*If YES, please complete this section*
Name and address of other insurance company		Name of the Policy Holder	
Policy Holder's Date of Birth *(MM/DD/YYYY)*	Policy or identification number of other coverage	Effective Date *(MM/DD/YYYY)*	Termination Date *(MM/DD/YYYY)*

3. DIAGNOSIS – *describe illness, injury or symptoms requiring treatment*

IF IN AN ACCIDENT

Date of Accident *(MM/DD/YYYY)*		Place of Accident			
Date of Doctor/Hospital Visit *(MM/DD/YYYY)*		Was the injury a result of participation in an Intercollegiate Sport?	◯ YES ◯ NO	Was this an Auto Accident?	◯ YES ◯ NO
Description/Details of Injury *(attach additional notes if necessary)*					

IF SICKNESS/ILLNESS

Onset Date of Symptoms *(MM/DD/YYY)*		Date of Doctor/Hospital Visit *(MM/DD/YYYY)*	
Have you had this Sickness/Illness before?	◯ YES ◯ NO	If YES, when was the last occurrence and/or doctor/hospital visit?	
Description/Details of Illness *(attach additional notes if necessary)*			

4. CHARGES – *use a separate line to list each type of service or provider and attach itemized bills for all services*

Name, City & Country of provider making charge	Diagnosis	Description of service *(Office Visit, X-ray, Prescription, etc.)*	Dates of Service *(MM/DD/YYYY)*	Charges *(Please indicate currency)*

5. CLAIM PAYMENT REIMBURSEMENT

Have these doctor/hospital bills been paid by you?	◯ YES ◯ NO	If YES, payment will be made to Primary Insured via Check *(payable in US$ and mailed to the address indicated above)*
If NO, do you authorize payment to the provider of service for medical services claimed?	◯ YES ◯ NO	*If payment is to be paid to an international provider, please ensure bank information is on the provider invoice. See Filing Instructions for non-international provider payments*

6. SIGNATURE

I certify the above is complete and correct and that I am claiming benefits only for charges incurred by the patient named above. Authorization is hereby given to any provider of service, that participated in any way in the patient's care, to release to GeoBlue and its business associates in any country any medical or other personal information that they deem necessary to provide service or adjudicate this claim, recognizing that applicable law concerning personal information may differ among countries. Please see the back of this form for important information.

Signature of Insured member or patient		Date	

GeoBlue Student Claim Rev. 04/16

7. هام

يجب استكمال هذا النموذج وإعادته إلى الشركة خلال 90 يوما من تاريخ العلاج، مصحوبا بجميع الفواتير المتحملة حتى ذلك التاريخ. من فضلك قدم فواتير مفصلة.

8. إرفاق إحالة المركز الصحي للطالب

إذا كانت إحالة المركز الصحي مطلوبة، أو إذا كان الخصم معفى من خلال إحالة مركز صحي، فتأكد من تضمين إحالة مركز صحي.

9. إرفاق فواتير مفصلة

تأكد من إرسال جميع الفواتير المفصلة، وكذلك إيصالات الأدوية الموصوفة، إن وجدت، مع نموذج المطالبة. يفضل كتابة اسمك ورقم الطالب على جميع الفواتير التي ترفقها.

10. البريدالنموذج المستكمل إلى: GeoBlue, صندوق بريد 21974، Eagan, MN 55121