

보상금 청구 양식 작성법

모든 내용은 학생 본인이 작성해야 합니다.

GeoBlue

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

MEDICAL EXPENSE Claim Form and Instructions

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						
				<input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female							
Name of Insured Member (Given Name, Family Name)	Insured's date of birth (MM/DD/YYYY)				Patient's Relationship to Insured						
				<input type="radio"/> Self <input type="radio"/> Spouse <input type="radio"/> Child							
Name of Plan Program Sponsor	Insured's current mailing address										
Member Email						Member Phone Number					

1. 학생 정보를 입력하세요
이 섹션에서는 이름, 주소 및 학생 ID와 같은 기본 식별 정보를 요구합니다. 유학생은 해외의 영구 자택 주소가 아닌 현재 미국 거주 주소를 사용해야 합니다. "기획 프로그램 스폰서의 이름"에 "GeoBlue"라고 기재합니다.

2. OTHER HEALTH INSURANCE

Is the patient covered under other health insurance?		<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> 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)	

2. 기타 건강 보험
이 섹션에서는 학생이 기타 보험에 가입했는지 여부에 대한 정보를 묻습니다. 다른 보험의 적용을 받지 않는 경우 "아니오"에 표시하십시오.

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?		Was this an Auto Accident?	
		<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO		<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	
Description/Details of Injury (attach additional notes if necessary)					
IF SICKNESS/ILLNESS					
Onset Date of Symptoms (MM/DD/YYYY)		Date of Doctor/Hospital Visit (MM/DD/YYYY)			
Have you had this Sickness/Illness before?		If YES, when was the last occurrence and/or doctor/hospital visit?			
<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO					
Description/Details of Illness (attach additional notes if necessary)					

3. 진단
이 섹션에는 질병이나 부상에 대한 모든 상세 정보를 기재합니다. 부상을 보고하는 경우, 보상금 청구 관리자가 해당 부상이 직장, 스포츠 경기, 또는 자동차 사고 등의 경우 중 어느 것으로 인한 부상인지를 알 수 있는 것이 중요합니다.

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)

4. 요금
이 섹션에는 각 서비스 또는 제공자의 항목별 목록을 기재합니다. 제공자의 이름, 위치, 진단, 서비스 유형, 서비스 날짜 및 모든 발생 비용을 적고 영수증에 첨부하십시오.

5. CLAIM PAYMENT REIMBURSEMENT

Have these doctor/hospital bills been paid by you?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> 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

5. 청구 지불 상환
이 섹션에서는 보상금 청구 관리자에게 누가 보상금을 받게 되는지를 지시합니다.

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

6. 서명 및 날짜
이 섹션은 의료 서비스 제공자와 보험금 청구 관리자가 적절한 의료 정보를 공유할 수 있도록 개인 정보 공개 동의서로 사용됩니다.

GeoBlue Student Claim Rev. 04/16

7. 중요!

본 양식은 치료일로부터 90일 이내에 해당 날짜까지 발생한 모든 치료비 청구서를 첨부하여 완료 및 제출되어야 합니다. 또한, 항목별 청구서를 첨부해 주시기 바랍니다.

8. 학생 보건 센터 소개서를 첨부하세요

학생 보건 센터 소개가 필수이거나, 보건 센터 소개로 공제금이 면제되는 경우, 꼭 보건 센터 소개서를 첨부하시기 바랍니다.

9. 항목별 청구서를 첨부하세요

보상금 청구 양식과 함께 항목별 청구서를 모두 첨부 및 제출해 주시기 바랍니다. 해당 경우 처방전 영수증 또한 첨부해 주십시오. 첨부하는 모든 청구서에 본인의 이름과 학생 번호를 적어주시 것을 권장하고 있습니다.

10. 우편 발송 주소: GeoBlue, P.O. Box 21974, Eagan, MN 55121