

외래환자 청구서 (OUT PATIENT CLAIM FORM)

이 서류를 ACM 의 CampusCareClaim@active-care.ca 로 이메일 전송하거나 P.O. Box 1237 Station A Windsor, ON N9A 6P8 로 우송하세요. 모든 영수증을 동봉하세요.

섹션 A - 청구인 정보				
환자 성			환자 이름	
보험 번호 또는 학생증 번호	학교 캠퍼스	학교 등록일 월 일 연도	생년월일 월 일 연도	성별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
주소		시(City)	주(Province)	우편번호(Postal Code)
이메일 주소			전화번호 ()	

섹션 B - 의학 정보			
담당의사/클리닉 이름		전화번호 ()	팩스 ()
담당의사/클리닉 주소		시(City/Town)	주(Province) 우편번호(Postal Code)
이 상태가 임신과 관련있었나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		최근 월경 기간 월 일 연도	출산 예정일 월 일 연도
통증/증상 및 진단사실을 간단히 설명하세요			의료 서비스 날짜 월 일 연도

제공받은 의료 서비스
진찰 및 진료 내역

비용 - 보험계약자 작성란 - 비용이 \$300 을 초과하는 경우, 영수증 원본을 우편이나 팩스로 제출해야 합니다.					
치료 제공자 이름	비용 내역 (예: 약국 고지서, 의사 방문 비용 등)	의료 서비스 날짜	지불 금액	지불 날짜	영수증 첨부?
		월 일 연도		월 일 연도	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
		월 일 연도		월 일 연도	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
		월 일 연도		월 일 연도	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
		월 일 연도		월 일 연도	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

섹션 D - 허락서	
<p>본인은 의사, 병원 또는 의료관련 서비스를 제공하는 기관 및 기타 보험관계자가 ACM 이나 해당 직원에게 이 보험 청구 처리에 필요한 모든 정보를 공개하고 교환하도록 허락합니다. 이 보험으로 처리되는 손실에 대해 모든 출처가 지불하는 혜택을 ACM 에게 양도하며, 또한 이러한 지불자들이 직접 ACM 에게 지불하도록 허락합니다. 또한 이 보험 청구 과정에서 본인에게 도움을 제공하는 제 3 자가 본인의 ACM 청구권 판결에 관련된 모든 청구 정보를 이용할 수 있도록 허락합니다. 이러한 용도하에서 본인의 부양가족을 대신하여 본인에게 사무 처리를 할 수 있는 권한이 있음을 확인합니다. 이 허가서의 복사본, 팩스본, 전자사본은 원본과 동일한 효력을 발휘합니다. 이 허가서는 이 청구 처리기간 동안 유효할 것이며 기입한 날짜로부터 1 년을 초과하지 않습니다. 본인은 이 청구와 관련되어 제공된 정보가 완전하고 진실이며 정확함을 증명합니다.</p>	
보험계약자 서명 (미성년자의 경우, 부모나 법적 후견인의 서명)	날짜 월 일 연도

ACM 은 본사가 수집 및 이용, 공개하는 개인 정보의 비밀 보장 및 안전을 기하는 데 헌신하고 있습니다. 귀하의 개인 정보는 귀하께서 청구하신 보험 서비스에 관련된 용도로만 사용될 것입니다. ACM 의 개인정보 보호정책 사본이 필요하시면 문의하세요.