

Quý vị muốn bạn bè đưa đón mình?

Chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ đó!

Tại Fallon Health, chúng tôi hiểu rằng quý vị có nhiều nơi cần đi. Và chúng tôi muốn giúp quý vị đến những nơi đó. Là hội viên của NaviCare®HMO SNP, quý vị có thể sử dụng quyền lợi đưa đón để nhận dịch vụ đưa đón đã được phê duyệt trước từ bạn bè và gia đình. Khi đó, chúng tôi sẽ chi trả chi phí cho quãng đường đã đi.

Dưới đây là một số ví dụ về những nơi quý vị có thể đến và được bồi hoàn cho quãng đường đã đi:¹

- Phòng khám bác sĩ
- Nhà thuốc²
- Bệnh viện
- Cửa hàng tạp hóa³
- Cuộc hẹn tư vấn
- Các buổi lễ tôn giáo³

Quý vị cần:

1. Gọi Coordinated Transportation Solutions (CTS) để đặt lịch dịch vụ Bạn bè và Gia đình đưa đón, ít nhất 2 ngày trước khi đi. Quý vị có thể liên hệ với họ theo số 1-833-824-9440 (TRS 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai – Thứ Sáu (7 ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3).
2. Sau khi quý vị được bạn bè hoặc thành viên gia đình đưa đón, hãy hoàn thành biểu mẫu ở mặt sau của tờ rơi này và gửi cho CTS trong vòng 60 ngày kể từ ngày được đưa đón.
 - **Đối với các cuộc hẹn y tế/khám sức khỏe hành vi, nhà cung cấp phải ký vào mặt sau của biểu mẫu này.**

Thông tin quan trọng

- Tiền bồi hoàn cho quãng đường đã đi sẽ được trả bằng séc hoặc chuyển khoản trực tiếp vào tài khoản ngân hàng của quý vị. **Quý vị có trách nhiệm bồi hoàn cho bạn bè hoặc thành viên gia đình của mình.**
- **Chúng tôi chỉ bồi hoàn cho một lần đưa đón**, bất kể có bao nhiêu hội viên đủ điều kiện ngồi trên xe đến cùng địa điểm hay địa điểm khác nhau.
- **Nếu quý vị không đặt lịch đưa đón trước**, yêu cầu bồi hoàn của quý vị có thể bị từ chối.

1-877-700-6996 (TRS 711)

từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu (7 ngày trong tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3)



(lật sang trang sau) >

¹Số tiền bồi hoàn cho quãng đường đã đi sẽ dựa trên tính toán quãng đường đã đi của CTS và mức phí cho phép của NaviCare trên mỗi dặm.

²Quyền lợi của quý vị bao gồm: số chuyến đi không giới hạn đến các cuộc hẹn y tế/khám sức khỏe hành vi và 48 chuyến đi một chiều mỗi năm đến các nhà thuốc bán lẻ. Quý vị chỉ được thực hiện 4 chuyến đi đến nhà thuốc mỗi tháng, trong bán kính 30 dặm.

³100 chuyến đi một chiều hằng năm để làm việc vặt, đến thăm bạn bè, tham dự các buổi lễ tôn giáo, v.v. là một phần của chương trình bổ sung đặc biệt cho người mắc bệnh mạn tính. Để đủ điều kiện, người ghi danh phải có chẩn đoán mắc bệnh trạng mạn tính được ghi nhận trong hồ sơ của Fallon Health, chẳng hạn như rối loạn tim mạch, tình trạng sức khỏe hành vi mạn tính và khuyết tật, rối loạn phổi mạn tính, bệnh tiểu đường và rối loạn thần kinh. Đây không phải là danh sách đầy đủ về các bệnh trạng mạn tính đủ điều kiện. Không phải tất cả các hội viên mắc bệnh mạn tính đều sẽ đủ điều kiện. Chúng tôi cũng sẽ áp dụng các tiêu chí về điều kiện và phạm vi bảo hiểm khác.



Biểu Mẫu Bồi Hoàn cho quyền lợi Bạn Bè và Gia Đình

Ba cách để được bồi hoàn:

1. **Gửi qua đường bưu điện** biểu mẫu đã hoàn thành đến địa chỉ:
Coordinated Transportation Solutions, Inc.
35 Nutmeg Drive, Suite 120, Trumbull, CT 06611
2. **Gửi email** biểu mẫu đã hoàn thành đến địa chỉ:
provider@ctstransit.com
3. **Gửi fax** biểu mẫu đã hoàn thành đến số: 1-203-375-0516

Thông tin hội viên			
Họ		Tên	
Địa chỉ đường phố			
Thành phố		Tiểu bang	Mã ZIP
Địa chỉ gửi thư (nếu khác với thông tin trên)			
Số ID hội viên (nằm trên mặt trước thẻ ID NaviCare của quý vị)			
Hoạt động cần được bồi hoàn chi phí (Vui lòng nhập một chuyến đi một chiều ở mỗi hàng và chỉ liệt kê các chuyến đi trong cùng tháng dương lịch.)			
Ngày đi	Địa chỉ (Vui lòng đánh dấu vào ô Không liên quan đến y tế, Liên quan đến y tế/khám sức khỏe hành vi hoặc Nhà thuốc.)		
	☐ Không liên quan đến y tế ☐ Liên quan đến y tế/ khám sức khỏe hành vi ☐ Nhà thuốc	Từ	Đến
	☐ Không liên quan đến y tế ☐ Liên quan đến y tế/ khám sức khỏe hành vi ☐ Nhà thuốc	Từ	Đến
	☐ Không liên quan đến y tế ☐ Liên quan đến y tế/ khám sức khỏe hành vi ☐ Nhà thuốc	Từ	Đến
	☐ Không liên quan đến y tế ☐ Liên quan đến y tế/ khám sức khỏe hành vi ☐ Nhà thuốc	Từ	Đến
Xác nhận và ủy quyền (Hội viên hoặc đại diện được ủy quyền phải ký tên và đề ngày tháng trên biểu mẫu này).			
Đồng ý: Tôi xác nhận rằng thông tin ở trên là chính xác theo tất cả những gì tôi được biết. Tôi chỉ yêu cầu bồi hoàn cho các chi phí đủ điều kiện phát sinh trong năm quyền lợi hiện hành. (Năm quyền lợi từ ngày 1 tháng 1 đến hết ngày 31 tháng 12.) Tôi xác nhận rằng các khoản tiền tôi nhận được cho các chuyến đi do Bạn Bè và Gia Đình đưa đón sẽ được chuyển cho bạn bè hoặc người thân đã đưa đón tôi trong các chuyến đi đó.			
Chữ ký của hội viên hoặc đại diện được ủy quyền: Ngày tháng: _____			
Vui lòng chờ 4-6 tuần kể từ khi chúng tôi nhận được biểu mẫu bồi hoàn chi phí đã điền đầy đủ thông tin.			
Phần dành cho nhà cung cấp dịch vụ y tế/chăm sóc sức khỏe hành vi của quý vị điền thông tin và ký tên để xác minh (các) cuộc hẹn nêu trên. Phải hoàn thành biểu mẫu trước khi nhà cung cấp của quý vị điền và ký vào phần này. (Mỗi nhà cung cấp/phòng khám sử dụng một biểu mẫu.)			
Tên nhà cung cấp (IN HOA)		Chữ ký của nhà cung cấp	
Địa chỉ đường phố			
Thành phố		Tiểu bang	Mã ZIP