

Biểu Mẫu Bồi Hoàn cho Yêu Cầu Thuốc Kê Toa

Để yêu cầu bồi hoàn, hãy điền đầy đủ thông tin và gửi biểu mẫu này qua đường bưu điện đến Pharmacy Services, 7625 N Palm Ave, Suite 107 Fresno, CA. 93711. Có thể gửi fax các biểu mẫu tới số (844) 678-5767 hoặc gửi email tới địa chỉ claimsprocessing@centene.com. **Các biểu mẫu không được hoàn thành đầy đủ sẽ khiến việc xử lý bị trì hoãn.** Quý vị có thể liên hệ với quầy dịch vụ khách hàng của Pharmacy Services theo số (800) 413-7721.

Lưu ý quan trọng!

- Mục đích của chúng tôi là xử lý các yêu cầu bảo hiểm trong vòng 30 ngày
- Vui lòng lưu một bản sao của tất cả các tài liệu mà quý vị đã nộp
- Việc bồi hoàn không được đảm bảo; các yêu cầu bảo hiểm phải tuân theo giới hạn, loại trừ và quy định của Chương Trình

Phần dành cho người được bảo hiểm hoàn thành. Vui lòng VIẾT IN HOA rõ ràng.

I. THÔNG TIN HỘI VIÊN		II. THÔNG TIN VỀ CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM THUỐC THEO TOA	
Tên Hội Viên:		#ID Hội Viên của Người Được Bảo Hiểm:	
Địa Chỉ:		# Nhóm:	
Ngày Sinh: / /	Điện Thoại:	Người Sử Dụng Lao Động:	
III. THÔNG TIN BỆNH NHÂN			
Mối quan hệ với người được bảo hiểm:			
<input type="checkbox"/> Chính người được bảo hiểm <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Người phụ thuộc <input type="checkbox"/> Khác _____			
Điều Phối Quyền Lợi (COB)			
Thuốc có được đài thọ theo bất kỳ bảo hiểm theo nhóm nào khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
*Nếu bảo hiểm khác là bảo hiểm Chính, vui lòng đính kèm bản Giải Thích Quyền Lợi Bảo Hiểm (EOB) với biểu mẫu này.			
Giải thích về yêu cầu.			

IV. THÔNG TIN VỀ THUỐC THEO TOA

Mỗi nhãn thuốc theo toa phải được đính kèm với thuốc kê toa. Ngoài ra, hãy gửi kèm bản sao biên lai nhà thuốc của quý vị cùng với biểu mẫu này.

Tên Nhà Thuốc:		Địa Chỉ Nhà Thuốc:	
Số RX:	Ngày Lấy Thuốc: ____/____/____	Số Lượng:	
Tên và Nồng Độ Thuốc Theo Toa:		Số Ngày Sử Dụng (30, 60, 90):	
NDC #:	DAW:	Giá:	Nhận xét:
Tên Nhà Thuốc:		Địa Chỉ Nhà Thuốc:	
Số RX:	Ngày Lấy Thuốc: ____/____/____	Số Lượng:	
Tên và Nồng Độ Thuốc Theo Toa:		Số Ngày Sử Dụng (30, 60, 90):	
NDC #:	DAW:	Giá:	Nhận xét:

Lưu ý quan trọng! Bắt buộc phải có chữ ký.

Vui lòng ký tên và ghi ngày tháng ở đây: Tôi xác nhận rằng thông tin trên là chính xác và các thuốc theo toa được liệt kê ở trên dành cho tôi hoặc thành viên đủ điều kiện của gia đình tôi, người đã nhận loại thuốc được mô tả ở trên, và tôi cho phép tiết lộ tất cả thông tin có trong biểu mẫu yêu cầu bảo hiểm này cho Pharmacy Services và nhà tài trợ chương trình của tôi.

Chữ ký: _____

Ngày ký: _____