

處方理賠報銷表格

如要申請理賠報銷，請填妥此表格後郵寄到 Pharmacy Services, 7625 N Palm Ave, Suite 107 Fresno, CA.93711。表格也可傳真到 (844) 678-5767 或透過電子郵件寄到 claimsprocessing@centene.com。表格未填妥會延誤處理。聯絡 Pharmacy Services 客服櫃台可撥 (800) 413-7721。

重要事項！

- 我們預計在 30 天內將理賠處理完畢
- 所有提交的文件請保留一份副本作為自己的記錄
- 不保證報銷；理賠需遵守計畫的限制、排除事項和規定

由被保險人填寫。請以清楚正楷書寫。

I. 保戶資訊		II. 處方計畫資訊
保戶姓名：		被保險人的保戶 ID 編號：
地址：		團體編號：
出生日期：__/__/__	電話：	雇主：
III. 患者資訊		
與被保險人的關係：		
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 依親 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
福利協調 (COB)		
承保藥物是否在任何其他團體保險之下？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
*如果其他保險是主約，請在此表格隨附給付說明 (EOB)。		
請說明申請內容。		

(續背面)

IV. 處方資訊

每份處方應貼上一個處方標籤。
此外，請隨此表格附上藥房收據副本。

藥房名稱：		藥房地址：	
RX 編號：		領取日期：____/____/____	數量：
RX 名稱與含量：		供應天數（30、60、90）：	
NDC 編號：	DAW：	價格：	備註：
藥房名稱：		藥房地址：	
RX 編號：		領取日期：____/____/____	數量：
RX 名稱與含量：		供應天數（30、60、90）：	
NDC 編號：	DAW：	價格：	備註：

重要事項！必須簽名。

請在此簽名並加註日期：本人證明上述資訊正確，且以上列示的處方係供本人或收到上述藥物的符合資格家屬使用，本人並授權將此理賠表格上的所有資訊向 **Pharmacy Services** 和我的計畫贊助者披露。

簽名：_____

簽署日期：_____