

## 处方药理赔报销表

如需理赔报销，请填写此表并邮寄至 Centene Pharmacy Services, 7625 N Palm Ave, Suite 107 Fresno, CA. 93711。也可将表格传真至 (844) 678-5767 或发送电子邮件至 [claimsprocessing@centene.com](mailto:claimsprocessing@centene.com)。表格不完整会延误处理。可致电 (800) 413-7721 联系 Pharmacy Services 的客户服务台。

### 重要！

- 我们希望在 30 天内处理索赔
- 保留所有提交文件的副本，以备记录
- 不保证报销；报销须遵守计划的限制、除外和规定

由受保人填写。请清楚工整填写。

<b>I. 会员信息</b>		<b>II. 处方药计划信息</b>	
会员姓名:		受保人会员 ID 编号:	
地址:		团体编号:	
出生日期: / /	电话:	雇主:	
<b>III. 患者信息</b>			
与受保人的关系:			
本人 配偶 受抚养人 其他:			
福利协调 (COB) 该药物是否属于任何其他团体保险的承保范围? 是 否 *如果其他保险是主险, 请随本表附上 "保险福利说明" (EOB)。			
对请求的解释。			

(续背面)

**IV. 处方药信息**

每项处方药应附上一张处方标签。

此外, 请将您的药房收据复印件与本表一起提交。

药房名称:		药房地址:	
处方号码:		配药日期: / /	数量:
处方药名称及剂量:		药量天数 (30, 60, 90) :	
NDC 编号:	DAW:	价格:	说明:
药房名称:		药房地址:	
处方号码:		配药日期: / /	数量:
处方药名称及剂量:		药量天数 (30, 60, 90) :	
NDC 编号:	DAW:	价格:	说明:

**重要! 必须签名。**

请在此处签名并注明日期: 我证明上述信息正确无误, 且上述处方是我本人或符合条件的家庭成员开具的, 他们已经接受了上述药物治疗, 我授权将本索赔表中的所有信息提供给 Centene Pharmacy Services 和我的计划赞助商。

签名: \_\_\_\_\_ 签名日期: \_\_\_\_\_