

## 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

由投保人填写。请清楚工整填写。

I. 会员信息		II. 处方药计划信息
会员姓名：		投保人会员 ID 编号：
地址：		团体编号：
出生日期： / /	电话：	雇主：
<b>III. 患者信息</b>		
与投保人的关系：		
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)

<b>IV. 处方药信息</b>			
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，且上述处方是为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： \_\_\_\_\_