

Biểu Mẫu Bồi Hoàn cho Yêu Cầu Thuốc Kê Toa

Để yêu cầu thanh toán bảo hiểm, hãy điền đầy đủ thông tin và gửi biểu mẫu này qua đường bưu điện đến Centene Pharmacy Services, 7625 N Palm Ave, Suite 107 Fresno, CA. 93711. Quý vị cũng có thể gửi fax biểu mẫu tới (844) 678-5767 hoặc gửi tới địa chỉ email 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.

Thông Tin Quan Trọng!

- Chúng tôi dự kiến sẽ xử lý các yêu cầu bảo hiểm trong vòng 30 ngày
- Vui lòng lưu một bản sao của tất cả các hồ sơ mà quý vị đã nộp
- Chúng tôi không đảm bảo việc bồi hoàn; các yêu cầu bảo hiểm phải tuân thủ các giới hạn, trường hợp 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 CHƯƠNG TRÌNH THUỐC
Tên Hội Viên:		Số 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:		
Bản thân Vợ/Chồng Người phụ thuộc Khác:		
Điều Phối Quyền Lợi (COB) Thuốc có được đài thọ theo bất kỳ bảo hiểm theo nhóm nào khác không? Có 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.		

(Tiếp tục ở mặt sau)

IV. THÔNG TIN THUỐC THEO TOA			
Mỗi nhãn thuốc theo toa phải được đính kèm với thuốc theo 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 Mua 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 Mua Thuốc: / /	Số Lượng:
Tên và Nồng Độ Thuốc Theo Toa:		Số Ngày Sử Dụng (30, 60, 90):	
NDC #:	DAW:	Giá:	Nhận Xét:

Thông Tin Quan Trọng! Bắt buộc phải có chữ ký.

Vui lòng ký và ghi ngày tại 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 Centene Pharmacy Services và nhà tài trợ chương trình của tôi.

Chữ ký: _____ Ngày ký: _____