

处方药报销单

如需理赔报销，请填写此表并邮寄至 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。表格不完整会延误处理。Pharmacy Services 客户服务台电话：(800) 413-7721。

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：	
III. 患者信息			
与投保人的关系： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 受抚养人 <input type="checkbox"/> 其他_____			
协调给付条款 (COB) 该药物是否在任何其他团体保险的承保范围内？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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：	评论：
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：	评论：

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药房服务部和我的计划赞助商。

签名： _____

签名日期： _____