



EmblemHealth® 药房服务

安 保 健 康 保 险 处 方 药 物 索 款 表

说明- 请工整填写所有部份

1. 本表格用于向安保健健康保险(EmblemHealth)申请报销您支付的超过计划处方药福利中列出的费用分摊金额的处方药费用。
2. 请填写所有部份。我们需要所有要求提供的资料，才能受理您的理赔。
3. 请您的药剂师填写 C、D1、D2 及 D3 部份。必须附上收据。
4. 每名投保人/病人要分开单独填表。为病人服务的各间药房也要分开单独填表。
5. 本表格可透过邮寄或传真方式发送至：

EmblemHealth Medicare HMO and PPO

Attn: Pharmacy Services

地址: PO Box 1520 JAF Station
New York, NY 10116-1520

传真: 646-583-9686

6. 如果您有非处方药福利（包含对止痛药、质子泵抑制剂、咳嗽/感冒药或抗酸药的承保），请附上逐项列明的收据及个人直接付款合约。您无须填写 C 部份。

如有任何疑问，请致电 **877-444-7097** (TTY: **711**) 联络客户服务部。我们的办公时间是每周七天，8 a.m. – 8 p.m.。一位服务代表很乐意提供帮助。

A. 投保人资讯		供受理使用	
ID 号码		理赔号码	
投保人姓名 (姓) (名) (中间名缩写)			
街道地址			
城市		州	邮区号码
投保人签名			

B. 病人资讯

病人姓名 (姓) (名) (中间名缩写)		
出生日期 ___ / ___ / ____	男 女 病人 ID 号码	病人与受保人关系: 本人 配偶 受抚养人
本人证明，投保人与病人的所有资讯皆正确无误，而且药物已配。本人授权将与本次理赔相关的任何资讯对安保健健康保险及有必要知情的所有第三方公布，用于理赔调查与付款、使用评估与审计。		
病人签名:		

C. 药房资讯		电话号码		药房名称	
NABP #					
药房街道地址					
城市		州		邮区号码	
药剂师签名					
D1 处方药资讯		药物名称		Rx #	
配药日期 ____ / ____ / ____					
NDC #	新配 续配	配发数量	剂量	用药量天数	处方药费用 \$ _____
开处方药医生姓名			开处方药医生的州执照号码		
D2 处方药资讯		药物名称		Rx #	
配药日期 ____ / ____ / ____					
NDC #	新配 续配	配发数量	剂量	用药量天数	处方药费用 \$ _____
开处方药医生姓名			开处方药医生的州执照号码		
D3 处方药资讯		药物名称		Rx #	
配药日期 ____ / ____ / ____					
NDC #	新配 续配	配发数量	剂量	用药量天数	处方药费用 \$ _____
开处方药医生姓名			开处方药医生的州执照号码		

药物名册和药房网路可随时变更。必要时您将会接到通知。