

请使用此表格来提交理赔申请，用于报销承保的非处方药 (OTC) 计划保险福利的自付费用（如适用）。

会员姓氏	会员名字	会员 ID 编号：
-------------	-------------	------------------

会员地址：

街道编号		
城市	州	邮政编码

非处方药零售商信息：

公司名称：	电话：
--------------	------------

公司地址：

街道编号		
城市	州	邮政编码

支付的总金额 \$:	服务日期：
----------------------	--------------

请将填妥的本表格连同每次购买的分项收据寄往：

EmblemHealth Claims Department
55 Water Street
New York, NY 10041-8190

请保留本表格及您收据的一份副本，以作为您自己的记录。如果您有疑问，请致电会员身份卡背面的电话号码联系我们。我们的客户服务代表将竭诚为您提供帮助。

您也可以访问我们的网站 emblemhealth.com/medicare。