



藥房服務 處方藥物索款表

說明 – 請工整填寫所有部份

1. 本表格用於向 EmblemHealth 申請報銷您支付的超過計劃處方藥福利中列出的費用分攤金額的處方藥費用。
2. 請填寫所有部份。我們需要所有要求提供的資料，才能受理您的理賠。
3. 請您的藥劑師填寫 C、D1、D2 及 D3 部份。必須附上收據。
4. 每名投保人/病人要分開單獨填表。為病人服務的各間藥房也要分開單獨填表。
5. 本表格可透過郵寄或傳真方式發送至：

收件人：**For EmblemHealth Medicare PDP**

Attn：**Pharmacy Services**

地址：PO Box 1520 JAF Station

New York, NY 10116-1520

傳真：646-583-9686

6. 如果您有非處方藥福利（包含對止痛藥、質子泵抑制劑、咳嗽/感冒藥或抗酸藥的承保），請附上逐項列明的收據及個人直接付款合約。您無須填寫 C 部份。

如有任何疑問，請致電 **888-447-8175** (TTY: 711) 聯絡我們，每週七天，8 a.m. – 8 p.m.。一位服務代表很樂意提供幫助。

A. 投保人資訊		供受理使用	
ID 號碼		理賠號碼	
投保人姓名（姓）（名）（中間名縮寫）			
街道地址			
城市		州	郵區號碼
投保人簽名			

B. 病人資訊

病人姓名（姓）（名）（中間名縮寫）

出生日期 ____ / ____	男 女 病人 ID 號碼	病人與受保人關係： 本人 配偶 受撫養人
本人證明，投保人與病人的所有資訊皆正確無誤，而且藥物已配。本人授權將與本次理賠相關的任何資訊對 EmblemHealth 及有必要知情的所有第三方公佈，用於理賠調查與付款、使用評估與審計。		
病人簽名：		

C. 藥房資訊 NABP #		電話號碼	藥房名稱		
藥房街道地址					
城市		州		郵區號碼	
本人證明，下列的處方藥已經合法地配給上述病人，提供的資訊正確無誤，所有支援文件完備，可供審計。					
藥劑師簽名					
D1 處方藥資訊		藥物名稱			Rx #
配藥日期 ____ / ____ / ____					
NDC #	新配 續配	配發數量	劑量	用藥量天數	處方藥費用 \$ _____.
開處方藥醫生姓名			開處方藥醫生的州執照號碼		
D2 處方藥資訊		藥物名稱			Rx #
配藥日期 ____ / ____ / ____					
NDC #	新配 續配	配發數量	劑量	用藥量天數	處方藥費用 \$ _____.
開處方藥醫生姓名			開處方藥醫生的州執照號碼		
D3 處方藥資訊		藥物名稱			Rx #
配藥日期 ____ / ____ / ____					
NDC #	新配 續配	配發數量	劑量	用藥量天數	處方藥費用 \$ _____.
開處方藥醫生姓名			開處方藥醫生的州執照號碼		

藥物名冊和藥房網路可隨時變更。必要時您將會接到通知。

Group Health Incorporated (GHI)是一個簽有聯邦醫療保險(Medicare)合約的獨立處方藥計劃。加入 GHI 取決於合約續延。GHI 是安保健康保險(EmblemHealth)旗下公司。