

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/ 患者要分开单独填表。为患者服务的各间药房也要分开单独填表。
5. 本表格可通过邮寄或传真方式发送至：

Express Scripts
Attn: Medicare Part D
地址：P.O. Box 14718
Lexington, KY 40512-4718
传真号码: 608-741-5483

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。您无须填写 C 部份。

如果您有任何问题，请致电安保健健康保险：**877-444-7097** (听力或语言障碍人士 TTY 专线：**711**) 联络客户服务部。我们的工作时间为：8 a.m. 至 8 p.m. 每周七天为您服务。我们的服务代表会很乐意提供帮助。

A. 投保人信息		
ID 号码:	供受理使用 理赔号码:	
投保人姓名 (姓) (名) (中间名缩写):		
街道地址:		
城市:	州:	邮政编码:
投保人签名:		

B. 患者信息		
患者姓名 (姓) (名) (中间名缩写)		患者 ID 号码:
出生日期: / /	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	患者与受保人关系: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 受抚养人
本人证明，投保人与患者的所有信息皆正确无误，而且药物已配发。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。		

Y0026_204243_C

患者签名：

C. 药房信息

NABP #:	电话号码:	药房名称:
药房街道地址:		
城市:	州:	邮政编码:
药剂师签名:		

D1. 处方药信息

配药日期:	药物名称:	Rx #:		
NDC #:	配发数量:	剂量:	用药量天数:	处方药费用
<input type="checkbox"/> 新配	<input type="checkbox"/> 续配			\$.
开处方药医生姓名:			开处方药医生的州执照号码:	

D2. 处方药信息

配药日期:	药物名称:	Rx #:		
NDC #:	NDC #:	新配:	:	处方药费用
<input type="checkbox"/> 新配	<input type="checkbox"/> 续配			\$.
开处方药医生姓名:			开处方药医生的州执照号码:	

D3. 处方药信息

配药日期:	药物名称:	Rx #:		
NDC #:	NDC #:	新配:	续配:	处方药费用
<input type="checkbox"/> 新配	<input type="checkbox"/> 续配			\$.
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。