



處方配藥計劃醫療補助 (Medicaid, 俗稱「白卡」) 會員直接補償表

如果您為您的承保處方配藥支付了零售費用，請使用這份表格申請退款。

只要您有以下任何一種理由，都可以提交這份表格：

- 您是新會員，還沒有收到您的處方配藥會員卡。
- 您的藥房無法在藥房系統中找到您的資訊。
- 您從住院設施出院時已經過了服務時間。
- 您的主要保險已支付了附件所列的處方配藥 (福利協調)。
- 您在您居住地以外的地方發生緊急狀況，而且身上沒有帶您的處方配藥會員卡 (請提供緊急護理證明或急診室福利解說)。

寄出完整填寫的表格之前，請仔細閱讀以下內容。

- 您必須附上原本的處方配藥標籤收據以及信用卡或現金付款收據做為購買證明。
- 提交本表格並不保證您一定會收到退款。
- 請款必須遵守計劃福利的限制、不予承保和其他條款規定。
- 所有退款或郵件都會寄給主要計劃會員。
- 如果表格沒有完整填寫，或計劃會員沒有簽名，便會退回請款。

您的收據必須包括以下資訊：

- 藥房名稱
- 藥物名稱、劑量和數量
- 開立處方的醫生姓名
- 處方配藥編號和購買日期
- 會員為處方配藥支付的金額

如果您的收據沒有清楚完整的資訊，可能會延遲向您退款，或您可能無法獲得退款。

請將完整填寫的表格和收據寄到：

OptumRx
P.O. Box 29044
Hot Springs, AR 71903

有疑問？

請撥您會員卡上所列的免付費會員服務部電話號碼。

會員資訊 (請以端正字體填寫)

健保計劃 (保險) 名稱

會員卡號碼

出生日期

姓氏、名字、中間名首字母

郵寄地址

開立處方的醫生姓名

開立處方的醫生電話號碼

申請理由 (至少必須勾選一個理由)

- 我是新會員，還沒有收到我的處方配藥會員卡。

請保留這份表格的複本和收據供日後參考。



- 我的藥房無法在藥房系統中找到我的資訊。
- 我從住院設施出院時已經過了服務時間。
- 我在我居住地以外的地方發生緊急狀況，而且身上沒有帶我的處方配藥會員卡 (請提供緊急護理證明或急診室福利解說)。
- 我的主要保險已支付了附件所列的處方配藥 (請見以下的福利協調部份)。

福利協調

只有當您的主要保險已支付了附件所列的處方配藥時，才需要填寫這個部份。

主要健保計劃 / 保險公司 _____

主要會員姓名

(姓氏、名字、中間名首字母)

主要會員編號 _____ 日期 _____

本人在本表格上簽名即表示確認：

- 本項請款所列的會員屬於本處方配藥計劃的承保範圍。
- 這份處方箋是列出姓名的會員所專屬。
- 本人提出的請款不符合按無過失汽車或工傷賠償保險計劃獲得付款的資格。
- 本人授權基於本請款目的向計劃管理者、核保人、獲得贊助的保單持有者和 / 或僱主公開所有相關資訊。

簽名 _____ 日期 _____



UnitedHealthcare 不會基於種族、膚色、原國籍、性別、年齡或殘障等理由而在健康計劃和活動中歧視他人。

我們提供免費服務以協助您與我們溝通。例如，其他語言版本或大字版的信函。或者，您可申請口譯員。若要尋求協助，請於週一至週五上午 7:00 至晚上 7:00 致電您健康計劃會員識別卡上所列的免費會員電話號碼或聽障專線 (TTY) 711。