

## نموذج المطالبة بالتعويض المباشر لعضو برنامج MEDICAID ضمن برنامج الأدوية المقررة بوصفة طبية

استخدم هذا النموذج لاسترداد مدفوعاتك إذا دفعت سعر التجزئة نظير الدواء (الأدوية) المقرر بوصفة طبية.

يمكنك إرسال هذا النموذج لأي من الأسباب التالية:

- كنتَ عضوًا جديدًا ولا تمتلك بطاقة معرف العضوية لصرف الوصفات الطبية.
- لم تتمكن صيدليتك من إيجاد معلوماتك في نظام الصيدلية.
- تم إخراجك من العيادة الداخلية بعد ساعات الخدمة.
- دفعت خطة التأمين الأساسية بالفعل مقابل الوصفة الطبية المرفقة (تنسيق المزايا).
- كنت تعاني من حالة طارئة خارج المنطقة التي تقيم بها ولم تكن لديك بطاقة معرف العضوية لصرف الوصفات الطبية (قدّم دليلًا لاستحقاق الرعاية العاجلة أو شرحًا لفوائد دخول غرفة الطوارئ).

اقرأ بتأني قبل إرسال النموذج المكتمل.

- يتعين عليك إرفاق إيصال (إيصالات) ملصق الوصفة الطبية الأصلي وإيصالات بطاقة الانتماء أو ماكينة الدفع كدليل على الشراء.
- لا يمثل إرسال هذا النموذج ضمانًا لاسترداد أموالك.
- تخضع المطالبات للقيود والاستثناءات والأحكام الأخرى لميزة الخطة.
- سيتم إرسال أي مبلغ مسترد أو رسائل إلى العضو الأساسي في الخطة.
- سيتم رد المطالبة (المطالبات) في حال عدم استكمال النموذج وتوقيعه من قبل العضو في الخطة.

يجب أن يتضمن الإيصال (الإيصالات) المعلومات التالية:

- اسم الصيدلية
- اسم الدواء والفعالية والكمية
- اسم الطبيب محرر الوصفة
- رقم الوصفة الطبية وتاريخ صرفها
- المبلغ الذي دفعه العضو نظير الوصفة (الوصفات) الطبية

إذا لم تتمكن من قراءة الإيصالات، فقد تتأخر عملية الدفع أو قد لا تسترد أموالك.

الرجاء إرسال النموذج المكتمل والإيصال (الإيصالات) على العنوان التالي:

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

لديك استفسارات؟

يُرَجَى الاتصال بالرقم المجاني لخدمات الأعضاء الموضح على بطاقة معرف العضوية.

معلومات العضو (الرجاء الطباعة)

تاريخ الميلاد

معرف العضو،

اسم الخطة الصحية (التأمين)،

اسم العائلة، الاسم الأول، الاسم الأوسط

عنوان البريد

رقم هاتف الطبيب محرر الوصفة

اسم الطبيب محرر الوصفة

أسباب الطلب (يجب تحديد سبب واحد على الأقل)

- أنا عضو جديد ولا أملك أي بطاقة معرفّ عضوية لصرف الوصفات الطبية.
- لم تتمكن صيدليتي من إيجاد معلوماتي في نظام الصيدلية.
- تم إخراجي من العيادة الداخلية بعد ساعات الخدمة.
- عانيت من حالة طارئة خارج المنطقة التي أقيم بها ولم تكن لدي بطاقة معرفّ العضوية لصرف الوصفات الطبية (قدّم دليلاً لاستحقاق الرعاية العاجلة أو شرحاً لفوائد دخول غرفة الطوارئ).
- دفعت خطة التأمين الأساسي بالفعل مقابل الوصفة الطبية المرفقة (انظر تنسيق المزايا أدناه).

تنسيق المزايا

يُرجى تعبئة هذا القسم فقط إذا دفعت خطة التأمين الأساسية الخاصة بك نظير الوصفة الطبية المرفقة.

شركة التأمين/الخطة الصحية الأساسية

اسم العضو الأساسي  
(اسم العائلة، الاسم الأول، الاسم الأوسط)

التاريخ

معرّف العضو الأساسي

بتوقيعي على هذا النموذج، فإنني أؤكد أن:

- الشخص الذي يتم تقديم هذه المطالبة بالنيابة عنه خاضع لتغطية برنامج الأدوية المقررة بوصفة طبية.
- هذه الوصفة الطبية للعضو المذكور فقط.
- المطالبات بالدفع التي أرسلتها غير مؤهلة للدفع بموجب برنامج تأمين تعويضات العمال أو التأمين على السيارات ضد الحوادث (غير الناتجة عن خطأ).
- أصرّح بالكشف عن جميع المعلومات الواردة في هذه المطالبة لمسؤول الخطة، وشركة التأمين، وحامل بوليصة التأمين وصاحب العمل أو أي مما سبق.

التاريخ

التوقيع

الرجاء الاحتفاظ بنسخة من هذا النموذج والإيصالات لتحتفظ بها ضمن سجلاتك.

لا تميز UnitedHealthcare في أنشطتها وبرامجها الصحية على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو النوع، أو العمر، أو الإعاقة.

نحن نقدم لك خدمات مجانية لمساعدتك في التواصل معنا؛ مثل توفير الخطابات بلغات أخرى أو حروف كبيرة. أو يمكنك أن تطلب الاستعانة بترجم فوري. لطلب المساعدة، يُرجى الاتصال على رقم الهاتف المجاني الخاص بالأعضاء والوارد على بطاقة هوية الأعضاء الخاصة بالبرنامج الصحي، الهاتف النصي 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 7:00 صباحًا حتى 7:00 مساءً.