



ФОРМА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПРЯМОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ ДЛЯ УЧАСТНИКА ПРОГРАММЫ ПОКРЫТИЯ СТОИМОСТИ РЕЦЕПТУРНЫХ ПРЕПАРАТОВ MEDICAID

Если Вы приобрели Ваш(и) покрываемый(ые) рецептурный(ые) препарат(ы) по розничной стоимости, используйте эту форму для возврата денежных средств.

Вы имеете право подать эту форму по любой из перечисленных причин:

- Вы являетесь новым участником и не имеете идентификационной карты для получения рецептурных препаратов.
- Ваша аптека не смогла найти информацию о Вас в аптечной системе.
- Вас выписали из стационарного отделения больницы после окончания рабочего дня.
- Ваша основная страховка уже оплатила прилагаемый рецепт («Координирование льгот»).
- У Вас возникло экстренное состояние за пределами Вашего места проживания, и у Вас не было с собой Вашей идентификационной карты для получения рецептурных препаратов (необходимо предоставить подтверждение оказания неотложной помощи или разъяснение льгот из отделения экстренной медицинской помощи).

Перед отправкой Вашей заполненной формы внимательно прочтите следующую информацию.

- В качестве подтверждения покупки к форме необходимо приложить оригинальный(ые) чек(и), кассовые чеки или чеки по кредитной карте на приобретение рецептурных препаратов.
- Подача этой формы не гарантирует возврат денежных средств.
- На претензии будут действовать ограничения, исключения и другие условия предоставления льгот в рамках плана.
- Все денежные компенсации и корреспонденция будут направляться главному участнику плана.
- Если форма заполнена не до конца, или в ней отсутствует подпись участника плана, претензия(ии) будет(будут) возвращена(ы).

Ваш чек(и) должен(ы) включать следующую информацию:

- Название аптеки
- Название, дозу и количество препарата
- Фамилию врача, выписавшего рецепт
- Номер рецепта и дата выдачи препарата(ов)

- Сумма, которую участник заплатил за рецептурный(ые) препарат(ы)

Если информация в Ваших рецептах окажется неразборчивой, оплата может быть отсрочена или вовсе отклонена.

Отправьте заполненную форму и рецепт(ы) по следующему адресу:

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

Вопросы?

Позвоните по бесплатному номеру телефона Отдела обслуживания участников, указанному на Вашей идентификационной карте участника плана.

Информация участника (печатными буквами)

Название плана медицинского страхования (страховки)

_____ Идентификационный номер участника

_____ Дата рождения _____

Имя, фамилия, средний инициал

_____ Почтовый адрес

_____ Фамилия и имя врача, выписавшего рецепт

_____ Номер телефона врача, выписавшего рецепт

Причина запроса (выберите минимум одну причину)

- Я являюсь новым участником, и у меня нет идентификационной карты для получения рецептурных препаратов.
- Моя аптека не смогла найти информацию обо мне в аптечной системе.
- Меня выписали из стационарного отделения больницы после окончания рабочего дня.
- У меня возникло неотложное состояние за пределами моего места проживания и у меня не было с собой идентификационной карты для получения рецептурных препаратов (необходимо предоставить подтверждение оказания неотложной помощи или разъяснение льгот из отделения экстренной медицинской помощи).
- Моя основная страховка уже оплатила прилагаемый рецепт (см. раздел ниже «Координирование льгот»).



Координирование льгот

Заполните этот раздел только в том случае, если Ваша основная страховка уже оплатила прилагаемый рецепт.

Основной план медицинского страхования/страховая компания

Фамилия и имя главного участника

Имя, фамилия, средний инициал

Идентификационный номер главного участника _____

Дата _____

Подписывая данную форму, я подтверждаю следующее:

- Участник, от имени которого составлена эта претензия, зарегистрирован в данной программе покрытия стоимости рецептурных препаратов.
- Этот рецепт предназначен исключительно для указанного участника.
- Претензии, поданные мной для оплаты, не подлежат возмещению в рамках программы страхования от ущерба автомобилю, наступившего без вины страхователя, или программы компенсации работникам вследствие потери трудоспособности.
- Я разрешаю передавать всю информацию, касающуюся этой претензии, администратору плана, страховщику, финансируемому владельцу страхового полиса и/или работодателю.

Подпись _____ Дата _____



Осуществляя программы и мероприятия здравоохранения, компания UnitedHealthcare не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста или инвалидности.

Мы предоставляем бесплатные услуги, которые помогут Вам общаться с нами. Например, составление писем на других языках или распечатка информации крупным шрифтом. Вы также можете попросить предоставить Вам устного переводчика. Чтобы заказать услугу, позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному в Вашей идентификационной карте участника плана медицинского страхования, ТТУ 711, с понедельника по пятницу с 7:00 до 19:00.