



MẪU BỒI HOÀN CHO HỘI VIÊN TRỰC TIẾP CỦA CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM THUỐC KÊ THEO TOA CỦA MEDICAID

Sử dụng mẫu này để được bồi hoàn nếu quý vị đã trả chi phí bán lẻ cho (các) thuốc kê theo toa được đài thọ của quý vị.

Quý vị có thể gửi mẫu này vì bất kỳ lý do nào sau đây:

- Quý vị là hội viên mới và không có thẻ ID thuốc kê theo toa của mình.
- Nhà thuốc của quý vị không thể tìm thấy thông tin của quý vị trong hệ thống nhà thuốc.
- Quý vị đã được xuất viện tại một cơ sở nội trú sau nhiều giờ nhận dịch vụ.
- Bảo hiểm chính của quý vị đã thanh toán cho toa thuốc đính kèm (Điều phối các quyền lợi).
- Quý vị ở trong trường hợp cấp cứu bên ngoài nơi quý vị sinh sống và không có thẻ ID thuốc kê theo toa của quý vị (Cung cấp bằng chứng của Bản giải thích về quyền lợi phòng cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp).

Đọc kỹ trước khi gửi đi mẫu hoàn chính của quý vị qua đường bưu điện.

- Quý vị phải gửi kèm theo (các) biên nhận trên nhãn toa thuốc ban đầu và thẻ tín dụng hoặc các biên lai thu tiền bằng máy để làm bằng chứng mua hàng.
- Việc gửi mẫu này không đảm bảo rằng quý vị sẽ được nhận lại tiền.
- Các yêu cầu bảo hiểm sẽ tuân theo các giới hạn, loại trừ và các điều khoản khác của Quyền lợi của chương trình.
- Bất kỳ khoản tiền hoàn lại hoặc thư nào đều sẽ được gửi đến hội viên chính của chương trình.
- (Các) yêu cầu bảo hiểm sẽ được hoàn lại nếu mẫu này không được điền đầy đủ và không có chữ ký của hội viên chương trình.

(Các) biên lai của quý vị phải có các thông tin sau:

- Tên nhà thuốc
- Tên thuốc, liều lượng và số lượng
- Tên bác sĩ kê toa
- Số toa thuốc và ngày mua
- Số tiền hội viên đã trả cho (các) toa thuốc này

Nếu chúng tôi không thể đọc được biên lai, việc thanh toán của quý vị có thể bị trì hoãn, hoặc quý vị có thể không được nhận lại tiền.

Gửi mẫu hoàn chỉnh và (các) biên lai qua đường bưu điện đến:

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

Quý vị có thắc mắc?

Hãy gọi đến số điện thoại miễn phí của ban Dịch vụ hội viên trên thẻ ID hội viên của quý vị.

Thông tin của hội viên (Vui lòng viết in hoa)

Tên chương trình bảo hiểm y tế (bảo hiểm) ID hội viên Ngày sinh

Họ, tên, tên đệm viết tắt

Địa chỉ gửi thư

Tên của bác sĩ kê toa

Số điện thoại của bác sĩ kê toa

Lý do yêu cầu (Phải chọn ít nhất một lý do)

- Tôi là hội viên mới và không có thẻ ID thuốc kê theo toa của tôi.
- Nhà thuốc của tôi không thể tìm thấy thông tin của tôi trong hệ thống nhà thuốc.
- Tôi đã xuất viện tại một cơ sở nội trú sau nhiều giờ nhận dịch vụ.
- Tôi ở trong trường hợp cấp cứu bên ngoài nơi tôi sinh sống và không có thẻ ID thuốc kê theo toa của tôi (Cung cấp bằng chứng của Bản giải thích về quyền lợi phòng cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp).
- Bảo hiểm chính của tôi đã thanh toán cho toa thuốc đính kèm (Xem phần Điều phối các quyền lợi dưới đây).

Điều phối các quyền lợi

Chỉ điền vào phần này nếu bảo hiểm chính của quý vị đã thanh toán cho toa thuốc đính kèm.

Chương trình bảo hiểm y tế/công ty bảo hiểm chính



Tên hội viên chính
(Họ, tên, tên đệm viết tắt) _____

ID hội viên chính _____ Ngày _____

Bằng việc ký vào mẫu này tôi xác nhận rằng:

- Hội viên đưa ra yêu cầu bảo hiểm này được chương trình bảo hiểm thuốc kê theo toa này đài thọ.
- Toa thuốc này chỉ dành cho hội viên đã nêu tên.
- Các yêu cầu bảo hiểm mà tôi gửi cho khoản thanh toán không đủ tiêu chuẩn để thanh toán theo chương trình bảo hiểm ô tô không kể bên có lỗi hoặc bồi thường cho người lao động.
- Tôi cho phép tiết lộ tất cả các thông tin về yêu cầu bảo hiểm này cho người quản lý chương trình, người bảo hiểm, người có hợp đồng bảo hiểm được tài trợ và/hoặc hãng sở.

Chữ ký _____ Ngày _____

Vui lòng giữ một bản sao của mẫu này và các biên lai để lưu vào hồ sơ của quý vị.



UnitedHealthcare không kỳ thị dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, phái tính, tuổi tác hoặc tình trạng tàn tật trong các chương trình và hoạt động sức khỏe.

Chúng tôi cung cấp các dịch vụ miễn phí để giúp quý vị giao tiếp với chúng tôi. Chẳng hạn như, thư bằng ngôn ngữ khác hoặc bản in cỡ lớn. Hoặc, quý vị có thể yêu cầu một thông dịch viên. Để yêu cầu trợ giúp, xin gọi số điện thoại miễn phí dành cho hội viên được ghi trong thẻ ID hội viên chương trình sức khỏe của quý vị, TTY 711, thứ Hai đến thứ Sáu, từ 7:00 sáng đến 7:00 tối.