

Đơn Yêu cầu Hoàn trả Thuốc theo toa

Đối với yêu cầu hoàn trả, hãy hoàn thành và gửi mẫu đơn này đến Pharmacy Services, 7625 N Palm Ave, Suite 107 Fresno, CA. 93711. Quý vị cũng có thể gửi các biểu mẫu qua fax tới (844) 678-5767 hoặc gửi email tới claimsprocessing@centene.com. **Các mẫu điền thông tin không đầy đủ sẽ bị trì hoãn xử lý.** Quý vị có thể liên hệ với quầy dịch vụ khách hàng của Pharmacy Services theo số (800) 413-7721.

Quan trọng!

- Mục tiêu của chúng tôi là xử lý các khiếu nại trong vòng 30 ngày
- Hãy giữ một bản sao của tất cả các tài liệu đã gửi để lưu hồ sơ của quý vị
- Hoàn trả không được đảm bảo; các yêu cầu thanh toán phải tuân theo các giới hạn, loại trừ và điều khoản của Chương trình

Được hoàn thành bởi người được bảo hiểm. Vui lòng viết rõ ràng bằng CHỮ IN HOA.

I. THÔNG TIN VỀ HỘI VIÊN		II. THÔNG TIN CHƯƠNG TRÌNH THUỐC THEO TOA	
Tên Hội viên:		Số ID Hội viên của Người được bảo hiểm:	
Địa chỉ:		Mã số nhóm:	
Ngày Sinh: ___/___/___	Điện Thoại:	Chủ lao động:	
III. THÔNG TIN BỆNH NHÂN			
Mối quan hệ với người được bảo hiểm: <input type="checkbox"/> Bản thân <input type="checkbox"/> Vợ/chồng <input type="checkbox"/> Người phụ thuộc <input type="checkbox"/> Khác _____			
Điều phối Quyền lợi (Coordination of Benefits, COB) Thuốc này có được bao trả bởi bất kỳ bảo hiểm theo nhóm nào khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không *Nếu bảo hiểm khác là Chính, hãy bao gồm Giải thích Quyền lợi (Explanation of Benefits, EOB) cùng với biểu mẫu này.			
Giải thích yêu cầu.			

(Tiếp tục ở mặt sau)

IV. THÔNG TIN THUỐC THEO TOA

Mỗi toa thuốc phải được đính kèm một nhãn thuốc.
Ngoài ra, hãy đính kèm một bản sao biên lai nhà thuốc của quý vị với mẫu đơn này.

Tên Nhà thuốc:		Địa chỉ Nhà thuốc:	
Mã số Toa thuốc:		Ngày Mua: ___/___/___	Số lượng:
Tên Thuốc & Độ mạnh:		Số Ngày Cấp Thuốc (30, 60, 90):	
NDC#:	DAW:	Giá:	Ý kiến:
Tên Nhà thuốc:		Địa chỉ Nhà thuốc:	
Mã số Toa thuốc:		Ngày Mua: ___/___/___	Số lượng:
Tên Thuốc & Độ mạnh:		Số Ngày Cấp Thuốc (30, 60, 90):	
NDC#:	DAW:	Giá:	Ý kiến:

Quan trọng! Chữ ký là bắt buộc.

Vui lòng ký tên và đề ngày tại đây: Tôi xác nhận rằng thông tin trên là chính xác và các toa thuốc được liệt kê ở trên là dành cho bản thân tôi hoặc các thành viên đủ điều kiện trong gia đình tôi đã nhận thuốc được mô tả ở trên và tôi cho phép tiết lộ tất cả thông tin có trong mẫu yêu cầu này cho Pharmacy Services và nhà tài trợ chương trình của tôi.

Chữ ký: _____

Ngày ký: _____