

请注意,如果您除了 *MassHealth* 还有私人医疗保险(例如通过雇主购买的保险),则本表仅用于报销邮购药房药费。

当 *MassHealth* 会员在邮购药房配取处方药并根据其私人保险保单需要预先向服务提供者支付邮购药房药费(包括共同保险、共付额和免赔额)时,*MassHealth* 可能能够报销会员为 *MassHealth* 承保服务支付的自付邮购药房药费。本加强福利允许会员快速配取邮购处方药,无需支付额外费用。

为了确保及时收到和处理您的申请,请在本表中填写所有要求填写的信息,并连同向您收取自付费用的服务日期的福利说明(可通过您的保险公司获得)一起送回。如果证明文件不完整,可能会延迟您的自付费用的验证,从而导致延迟付款。福利协调与赔付计划(BCR)将审查您的邮购药房自付药费报销申请,如有问题,将与您(或父母/监护人)联系。审核、批准和处理申请后,将在 21 个日历日内支付 *MassHealth* 报销费用。有关报销申请状况的问题,可拨打 BCR 客户服务热线 (800) 462-1120。

注释:建议在接受任何自付费用服务日期后一年内提交报销申请,以确保及时处理您的申请。每份报销申请最多可包括 5 个服务日期。

报销清单:

- 处方由州外邮购服务提供者配送,而非零售药房配送。
- 该服务符合药房自付费用邮购报销资格。
- 会员在服务日期是符合资格的 *MassHealth* 会员。
- 提交的证明文件与要求的退款金额一致。
- 退款申请包括充分的付款证明,即已兑现的支票、信用卡对账单。
- 随附邮购药房的福利说明(EOB),以支持退款申请。
- 运费和处理费用不包括在申请的报销金额中。

定义:

1. **姓名:**您的 *MassHealth* ID 卡上显示的您的姓名
2. **MassHealth 会员 ID 号码:**您的 *MassHealth* ID 卡上显示的 12 位数会员 ID 号码
3. **出生日期:**月/日/年 (MM/DD/YYYY)
4. **地址:**寄送报销支票的完整地址
5. **电话号码:**我们在有问题时可用于与您联系的您的首选日间联系号码
6. **服务日期:**您从邮购药房接受服务的日期
7. **接受的服务类型:**您从邮购药房接受的服务(需要是 *MassHealth* 承保的药房服务)
8. **邮购药房名称:**邮购药房名称
9. **邮购药房地址:**邮购药房地址
10. **邮购药房电话号码:**邮购药房电话号码
11. **会员自付费用:**福利说明(EOB)中所列会员需要支付的共付额/免赔额/共同保险金额或您为所接受服务支付的金额
12. **福利说明(EOC):**福利说明 — 通过您的保险公司或邮购药房获取。将该福利说明与报销表一起送交将有助于加快处理速度。
13. **付款证明:**会员向邮购药房自付的邮购药费证明文件,例如已兑现的支票、信用卡对账单等。

说明:

- 1.完整填写本表并在本页下方签名栏签名。
- 2.提供所接受服务的福利说明(EOB)。
- 3.提供付款信息证明,例如已兑现的支票或信用卡对账单。
- 4.您可以通过以下一种方法送回填妥的表格:
 - a. 传真: (617) 886-8134 (Benefit Coordination and Recovery Refund Request)
 - b. 邮寄: Benefit Coordination and Recovery Program
Member Pharmacy Mail Order Reimbursement
PO Box 2816
Worcester, MA 01613

第1部分:会员和保单持有人信息

- 1.会员姓名: _____
- 2.MassHealth 会员 ID 号码: _____ 3.出生日期: _____
- 4.会员地址(街道、城市、州、邮编): _____
- 5.会员电话号码: _____ 6. 保单号码: _____
- 7.保单持有人姓名: _____
- 8.保单持有人与会员的关系(本人、父母等) _____

第2部分:有关所接受服务的信息

- 1.服务日期(DOS)、会员费用(\$)和处方药名称 — 每份报销申请不得超过五个日期:

	服务日期 1	服务日期 2	服务日期 3	服务日期 4	服务日期 5
服务日期					
费用(\$)					
处方药名称					

- 2.邮购药房名称: _____
- 3.邮购药房地址: _____

第3部分:付款信息

付款应寄至: 第1部分所列的会员 会员父母/监护人

- 1.会员地址(街道、城市、州、邮编): _____
- 2.收件会员或父母/监护人姓名: _____
- 3.报销款项接收人: _____
MassHealth ID 号码(如有): _____

签名:

我确认,据我所知,本表中的内容准确完整,如有不实,我愿受作伪证之处罚。

会员或父母/监护人签名: _____ 日期: _____