

Mẫu Đơn Bồi Hoàn Phí Đặt Mua Thuốc Qua Bưu Điện Của Thành Viên MassHealth



Xin lưu ý mẫu đơn này chỉ nên được sử dụng để bồi hoàn phí thuốc đặt mua qua bưu điện nếu quý vị có bảo hiểm y tế tư nhân như thông qua chủ lao động, ngoài MassHealth.

MassHealth có thể hoàn trả cho các thành viên chi phí thuốc đặt mua qua đường bưu điện của họ cho các dịch vụ được MassHealth bao trả khi một thành viên MassHealth đang muốn đặt mua thuốc theo (các) toa qua đường bưu điện và phải trả chi phí đặt mua qua đường bưu điện (bao gồm khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán và khấu trừ) trước cho bên cung cấp dịch vụ theo chính sách bảo hiểm tư nhân của họ. Quyền lợi nâng cao này cho phép các thành viên đặt mua thuốc theo toa của họ qua bưu điện một cách nhanh chóng mà không mất thêm chi phí.

Để đảm bảo yêu cầu của quý vị được nhận và xử lý kịp thời, vui lòng cung cấp tất cả thông tin được yêu cầu trên mẫu đơn này và gửi lại cùng với Giải thích về Quyền lợi (có sẵn thông qua công ty bảo hiểm của quý vị) cho những ngày quý vị bị tính phí tự trả. Nếu tài liệu không đầy đủ, điều này có thể trì hoãn việc xác minh các chi phí tự trả của quý vị, điều này có thể gây ra sự chậm trễ trong việc trả tiền bồi hoàn phí. Chương trình Điều phối và Phục hồi Quyền lợi (BCR) sẽ xem xét yêu cầu hoàn trả chi phí mua thuốc tự trả của quý vị và sẽ liên lạc với quý vị (hoặc phụ huynh/người giám hộ) nếu có thắc mắc. Sau khi được xem xét, phê duyệt và xử lý, khoản bồi hoàn phí từ MassHealth sẽ được giải ngân trong vòng 21 ngày. Các câu hỏi về tình trạng của yêu cầu bồi hoàn phí có thể được chuyển đến đường dây Dịch vụ Chăm sóc Khách hàng của BCR theo số (800) 462-1120.

Định nghĩa:

- Tên:** Tên của quý vị viết theo thẻ ID MassHealth của quý vị
- Số ID Member MassHealth:** Số ID member gồm 12 chữ số trên thẻ ID MassHealth của quý vị
- Ngày sinh (tháng/ngày/năm):** MM/DD/YYYY
- Địa chỉ:** Địa chỉ đầy đủ để gửi ngân phiếu bồi hoàn
- Số điện thoại:** Chúng tôi có thể sử dụng số điện thoại liên lạc ban ngày của quý vị để liên lạc nếu chúng tôi có câu hỏi
- Ngày cung cấp dịch vụ:** Ngày quý vị nhận dịch vụ từ nhà thuốc đặt mua qua bưu điện
- Loại Dịch vụ đã nhận:** Dịch vụ quý vị đã nhận từ nhà thuốc đặt mua qua bưu điện (cần phải là dịch vụ bán thuốc được MassHealth bao trả)
- Tên Nhà Thuốc Đặt Mua Qua Bưu Điện:** Tên Nhà Thuốc Đặt Mua Qua Bưu Điện
- Địa chỉ nhà thuốc đặt mua qua bưu điện:** Địa chỉ nhà thuốc đặt mua qua bưu điện
- Số điện thoại của nhà thuốc đặt mua qua bưu điện:** Số điện thoại của nhà thuốc đặt mua qua bưu điện
- Chi phí xuất túi của thành viên:** Số tiền đồng thanh toán/khấu trừ/đồng bảo hiểm được liệt kê trên EOB là trách nhiệm của thành viên hoặc số tiền quý vị đã trả cho dịch vụ nhận được
- EOB:** Giải thích về Quyền lợi — Nhận từ công ty bảo hiểm hoặc nhà thuốc đặt mua qua bưu điện của quý vị. Bao gồm mẫu đơn bồi hoàn phí này sẽ giúp tăng nhanh thời gian xử lý.
- Bảng chứng trả tiền:** Tài liệu chứng minh rằng thành viên đã tự trả chi phí đặt mua qua bưu điện cho Nhà thuốc đặt mua qua bưu điện như ngân phiếu có ghi cancel, bảng sao kê thẻ tín dụng, v.v.

Lưu ý: Quý vị nên gửi yêu cầu bồi hoàn phí trong vòng một năm kể từ ngày nhận bất kỳ dịch vụ nào mà phải tự trả để đảm bảo yêu cầu của quý vị được xử lý kịp thời. Quý vị có thể gửi tối đa 5 ngày nhận dịch vụ cho mỗi lượt yêu cầu bồi hoàn phí.

Danh sách liệt kê những điều cần làm để nhận khoản Bồi hoàn phí:

- Thuốc bắt buộc phải do một nhà cung cấp dịch vụ toa lạc ngoài tiểu bang bán theo toa khi đặt mua qua bưu điện mà không phải tại một hiệu thuốc bán lẻ.
- Dịch vụ này đủ điều kiện để được nhận bồi hoàn phí Đặt Mua Thuốc Qua Bưu Điện.
- Thành viên này là thành viên MassHealth đủ điều kiện vào (các) ngày nhận dịch vụ.
- Tài liệu đã gửi trùng khớp với số tiền đã yêu cầu bồi hoàn.
- Yêu cầu bồi hoàn có đầy đủ bằng chứng trả tiền đặt mua, tức là ngân phiếu có ghi cancel, bảng sao kê của thẻ tín dụng.
- Giải thích về Quyền lợi (Explanation of Benefit, EOB) từ Nhà thuốc bán theo đơn đặt mua qua bưu điện được đính kèm để hỗ trợ yêu cầu bồi hoàn.
- Chi phí vận chuyển và xử lý không được tính vào số tiền yêu cầu bồi hoàn.

Hướng dẫn:

- Hoàn thành **toàn bộ mẫu đơn này** và ký tên vào phần chữ ký ở cuối trang này.
- Cung cấp **Giải thích về Quyền lợi (Explanation of Benefits, EOB)** cho các dịch vụ nhận được.
- Cung cấp **Thông tin bằng chứng về số tiền đã trả như ngân phiếu có ghi cancel hoặc bảng sao kê của thẻ tín dụng.**
- Gửi lại mẫu đơn đã điền theo một trong những cách sau:
 - Fax:** (617) 886-8134 (Tiêu đề: Benefit Coordination and Recovery Refund Request)
 - Thư:** Benefit Coordination and Recovery Program
Member Pharmacy Mail Order Reimbursement
PO Box 2816
Worcester, MA 01613

Phần 1: Thông tin thành viên và người đứng tên hợp đồng bảo hiểm

- Tên Thành Viên: _____
- Số ID Member MassHealth: _____ 3. Tháng Ngày Năm Sinh: _____
- Địa Chỉ của Thành Viên (Đường Phố, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã ZIP): _____
- Số Điện Thoại Thành Viên: _____ 6. Số Hợp đồng Bảo hiểm: _____
- Tên của người đứng tên hợp đồng bảo hiểm: _____
- Mối quan hệ của Người đứng tên hợp đồng bảo hiểm với Thành viên (Bản thân, Phụ huynh, v.v.): _____

Phần 2: Thông tin về dịch vụ đã nhận

- (Các) Ngày nhận Dịch vụ (Date of Service, DOS), Chi phí Thành viên tự trả (\$) và Tên toa thuốc – Giới hạn năm cho mỗi lượt yêu cầu bồi hoàn phí:

	DOS 1	DOS 2	DOS 3	DOS 4	DOS 5
Ngày nhận dịch vụ					
Chi phí (\$)					
Tên Toa Thuốc					

- Tên Nhà Thuốc Đặt Mua Qua Bưu Điện: _____
- Địa Chỉ Nhà Thuốc Đặt Mua Qua Bưu Điện: _____

Phần 3: Thông tin Trả Tiền Bồi hoàn

Tiền bồi hoàn nên được gửi đến:

- Thành Viên được liệt kê trong Phần 1 Phụ Huynh/Người Giám Hộ của Thành Viên

- Địa Chỉ của Thành Viên (Đường Phố, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã ZIP): _____
- Gửi theo tên Thành Viên hoặc Phụ Huynh/Người Giám Hộ: _____
- Người nhận Bồi hoàn: _____
Số ID MassHealth (nếu có): _____

Chữ ký:

Tôi đồng ý chịu hình phạt theo pháp luật nếu những thông tin được cung cấp trong đơn này là sai sự thật và không đúng theo hiểu biết của tôi.

Chữ Ký Của Thành Viên hoặc Phụ Huynh/Người Giám Hộ: _____

Tháng/Ngày/Năm: _____