

尊敬的會員，

附件為您的 **Medicare D** 部分處方藥索賠表。為了確保處理過程中不會出現延遲，請按照以下說明進行操作：

1. 完全填寫表格。
2. 請填妥第 1 部 — 會員資訊和第 2 部分 - 將原始處方收據附在一張單獨的紙上，與索賠表一起提交。請務必保留一份副本。
3. 本表格的郵寄地址：

郵件：*MedImpact Healthcare Systems Inc. PO Box 509108 San Diego CA 92150-9180*

傳真：*858-549-1569*

電子郵件：*Claims @medimpact.com*

如果您在填寫本表格時有任何問題或需要其他幫助，請致電我們的會員服務部，電話：1-800-469-6292 (TTY 711)，上午 8 時至晚上 8 時，全週無休。

VillageCareMAX 會員服務部

或者

您的 VillageCareMAX 團隊



Medicare部分D处方药索偿表

索偿表填写说明

请在填写本表格前仔细阅读。没有所需信息的索偿表可能导致报销申请程序延迟或禁止。填写并提交本表格不一定获得报销。相关索偿应遵循您的福利计划范围、排除条件以及其他条款规定。

第1部分：会员信息（会员填写）

1. 填写“第1部分”下的所有内容。会员/持卡人ID号码显示在保险卡上。
2. 请在医疗计划指定的申请期限内提交索偿申请。关于申请期限问题，请拨打保险卡背面的电话号码进行咨询。
3. 请为每位患者和购药药店分别提交索偿表。
4. **注意事项：除非您在“第1部分”中提供备用地址，相关付款和信函将发送至主要用户。**

第2部分：收据

1. 提交包含所需信息的处方收据/标签（如下所示），或者让药剂师填写“第2部分”和“第3部分”。如果没有收到处方药收据，则需要药剂师签名。
2. 应包括所有药房原始收据。请将收据粘贴到单独纸页上，与索偿表一并提交。备注：请不要将收据或其他文件钉在索偿表上。
3. 如需多项索偿，请使用多项处方药表格。

处方药/药房信息

处方药标签示范：请以本示范为例查询所需信息。备注：每个药房可能有其独特的标签格式。

Anytime Pharmacy #1234 123 Any Street Home Town, US 12345-6789	(509)555-1234 Store NPI: 1234567890
RX 1234567	Date Filled: 1/1/2009
DOE, JANE DOB: 01/01/1900 456 Home Road Home Town, US 12345	(509)555-5678
Amoxicillin 500 mg capsules (Teva) 00000-1111-22 QTY: 45	DAW: 0 Days Supply: 30
A. SMITH, MD NPI: 4567890123	
U&C: 200.00	COPAY: 20.00

1. 填写日期*
2. RX编号
3. 数量*
4. 日供应量*
5. 国家药品代码 (NDC) *
6. 药品名称及活性成分*
7. 医师姓名
8. 医师国家医疗保健人员ID (NPI)
9. DAW
10. 药房现付价 (U&C) /RX价格*
11. 自付额*
12. 药房国家医疗供应商ID (NPI)

*处理索偿申请所需的标志信息。未包含这些信息可能导致报销申请程序延迟或禁止。

4. 请记住，保留一份填写完整的索偿表和收据副本作为记录。
5. 将填妥的表格和收据发送至：

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
PO Box 509108
San Diego, CA 92150-9108
传真：858-549-1569
电子邮件：Claims@Medimpact.com



Medicare部分D处方药索偿表

第1部分

*表示必填信息

主要用户/持卡人ID号码*		团体号码	
医疗计划/保险名称		主要用户名称*	出生日期: (年/月/日) * / /
会员姓名: (名字、中间名、姓氏) *		出生日期: (年/月/日) * / /	与主要用户的关系 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/>
主要用户住址: (街道、城市、州、邮政编码)			
备用地址: (街道、城市、州、邮政编码)			
*如果未指定备用地址, 相关通信和(或)付款将转发至医疗计划/保险存档的主要用户地址。			
会员电话号码: ()			

请说明人工提交这些索偿申请的原因 (选择一项):

- 福利协调 - 索偿申请必须与药房收据一并提交 (以确定自付额部分已支付) **以及**主要保险机构提供的福利说明 (或者显示主要保险公司付款的药房处方记录)
- 使用折扣卡
- 购买药品时没有任何医疗计划/保险信息或保险卡
- 药房不在承保网络内
- 药房无法以电子方式处理索偿申请
- 紧急情况 - 如果属于紧急情况, 请在下方进行描述

人工提交索偿申请不一定获得报销。

紧急情况描述: _____

第2部分

RX编号	填写日期* / /	新药 <input type="checkbox"/> 续药 <input type="checkbox"/> (请勾选一项)	数量*	日供应量*	国家药品代码 (11位数字) *	
药品名称及活性成分*			医师姓名和NPI编号 姓名: _____ NPI: _____		RX价格* \$	自付额* \$

复合药物? 是 否 (如果是, 请在“复合药物声明表”上注明NDC成分和数量)

第3部分

请将药房标签贴在此处或输入所需信息:

药房名称*			药房电话号码			
街道地址			NPI*			
城市	州	邮政编码	药剂师签名*		日期*	

我理解, 任何人蓄意或故意歪曲、遗漏或伪造本表所需信息均可能被判有罪, 并受到民事或刑事处罚。 在下方签名即证明, 我已阅读并理解本表内容; 而且本表所提供的信息据本人所知真实无误。

会员或授权代表签名*

日期*

备注: 如果本表由授权代表填写并签名, 则必须随附一份授权委托书 (AOR)。



Medicare部分D处方药索偿表

多项处方药索偿表

必须附在处方药表格的商业或 D 部分

*表示必填信息

RX 编号	填写日期* / /	新药 <input type="checkbox"/> 续药 <input type="checkbox"/> (请勾选一项)	数量*	日供应量*	国家药品代码 (11 位数字) *	
药品名称及活性成分*			医师姓名和 NPI 编号 姓名: _____ NPI: _____		RX 价格* \$	自付额* \$
复合药物? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如果是, 请在“复合药物索偿表”上注明 NDC 成分和数量)						
RX 编号	填写日期* / /	新药 <input type="checkbox"/> 续药 <input type="checkbox"/> (请勾选一项)	数量*	日供应量*	国家药品代码 (11 位数字) *	
药品名称及活性成分*			医师姓名和 NPI 编号 姓名: _____ NPI: _____		RX 价格* \$	自付额* \$
复合药物? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如果是, 请在“复合药物索偿表”上注明 NDC 成分和数量)						
RX 编号	填写日期* / /	新药 <input type="checkbox"/> 续药 <input type="checkbox"/> (请勾选一项)	数量*	日供应量*	国家药品代码 (11 位数字) *	
药品名称及活性成分*			医师姓名和 NPI 编号 姓名: _____ NPI: _____		RX 价格* \$	自付额* \$
复合药物? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如果是, 请在“复合药物索偿表”上注明 NDC 成分和数量)						
RX 编号	填写日期* / /	新药 <input type="checkbox"/> 续药 <input type="checkbox"/> (请勾选一项)	数量*	日供应量*	国家药品代码 (11 位数字) *	
药品名称及活性成分*			医师姓名和 NPI 编号 姓名: _____ NPI: _____		RX 价格* \$	自付额* \$
复合药物? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如果是, 请在“复合药物索偿表”上注明 NDC 成分和数量)						
RX 编号	填写日期* / /	新药 <input type="checkbox"/> 续药 <input type="checkbox"/> (请勾选一项)	数量*	日供应量*	国家药品代码 (11 位数字) *	
药品名称及活性成分*			医师姓名和 NPI 编号 姓名: _____ NPI: _____		RX 价格* \$	自付额* \$
复合药物? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如果是, 请在“复合药物索偿表”上注明 NDC 成分和数量)						
RX 编号	填写日期* / /	新药 <input type="checkbox"/> 续药 <input type="checkbox"/> (请勾选一项)	数量*	日供应量*	国家药品代码 (11 位数字) *	
药品名称及活性成分*			医师姓名和 NPI 编号 姓名: _____ NPI: _____		RX 价格* \$	自付额* \$
复合药物? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如果是, 请在“复合药物索偿表”上注明 NDC 成分和数量)						



Medicare部分D处方药索偿表

复合药物索偿表

药房或药品发放机构必须填写此表其余部分并将其返还给会员/患者，或者向会员/患者提供“复合药物通用索偿表”。*

- 提供药品中每种成分的11位NDC编号
- 注明药物成分和数量。
- 对于液状药物、乳膏、软膏或注射药物，请以片数、克数或毫升数表示所发放的药物公制数量。
- 请表明患者支付的处方药金额。

复合处方药			
仅供药房使用*			
总费用：			\$

备注：如果药物/药品购自其他国家，则必须将货币金额兑换成美元。

应将药房原始处方标签或现金收据附在本索偿表或者“复合药物通用索偿表”中。处方药标签和收据不予退还；您可能需要拷贝副本作为记录。