



# 非處方 (OTC) 家用新冠病毒檢測 費用報銷申請表 (只適用於個人、家庭及團體計劃)



## 報銷申請表說明

為每位受保會員分別填寫一份報銷表，以申請報銷您在2022年1月15日或之後購買的家用非處方新冠病毒檢測盒的費用。

請在填寫此表格前仔細閱讀明。請填寫所有必填項目，如缺乏所需資料我們將無法處理申請，並將退回給發件人。標有星號 (\*) 為必填項目。

## 第 1 部分：會員資料 (由會員填寫)

1. 填寫第1部分下的所有資料。主要投保人/持卡人會員號碼位於您的保險卡上。
2. 在您的保健計劃規定的申報期限內提交報銷申請。有關您的申報期限問題，請撥打列在保險卡背面的電話號碼查詢。
3. 請分別為購買的非處方家用檢測盒的每位會員及每個藥房、商店或網上零售商分別提交單獨的報銷申請表。
4. **重要提示：**除非您在第1部分中向我們提供備用地址，否則付款及相關信函將發送給主要持卡人。

## 第 2 部分：收據

1. 請提供非處方家用新冠檢測盒所需資料。
2. 請附上所有藥房、商店或在線零售商的正本收據。把正本收據粘貼在紙上，與報銷申請表一並提交。  
**注意：**請不要把收據或其他文件與報銷申請表訂裝到一起。

## 第 3 部分：提交報銷申請

把填妥的表格及收據郵寄到：

MedImpact Healthcare Systems, Inc.  
PO Box 509098  
San Diego, CA 92150-9098



# 非處方 (OTC) 家用新冠病毒檢測 費用報銷申請表 (只適用於個人、家庭及團體計劃)



## 第 1 部分 (請用英文作答)

**\*必填項目**

主要投保人/持有人會員卡號碼*		團體號碼	
保健計劃/保險公司名稱		主要投保人姓名*	出生日期 (月/日/年)* / /
會員姓名 (名/中間名/姓氏)*		出生日期 (月/日/年)* / /	與主要投保人關係 <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女
主要投保人地址 (街道、城市、州、郵區號碼)			
備用地址 (街道、城市、州、郵區號碼)			
*如果沒有指定使用備用地址，相關信函和/或付款將轉寄到主要投保人在保險計劃檔案上的地址。			
會員電話號碼 ( )			

## 第 2 部分 (請用英文作答)

填寫所需資料

藥房、商店或網上零售商名稱*		購買地點 (收據上)* (選擇一欄) <input type="checkbox"/> 藥房 <input type="checkbox"/> 其他		電話號碼 (藥房、商店或網上零售商)*	
藥房、商店或網上零售商網站地址				藥房 NPI 號碼 (如果在藥房購買)	
城市		州	郵區號碼		
購買日期* (月/日/年) / /	購買總額* \$	需報銷的測試 件數量?*	非處方新冠病毒檢測產品名稱和/或國家藥品代碼 (NDC) 請在收據上列出所有產品名稱。如購買多個牌子，請列出 所有名稱。 產品名稱* _____ 產品名稱 _____ 國家藥品代碼 (NDC) (如果有) _____		

我了解，任何知情或故意歪曲、遺漏或偽造本表格要求的資料的人都可能被判有罪，和/或受到民事或刑事處罰。本人證明，申請報銷的家用非處方檢測盒不會用作在職用途，沒有 (也不會) 經其他途徑報銷，也不會轉售。通過在下面簽名，我證明我已閱讀並理解此表格，並且據我所知，此表格上提供的資料是真實和正確的。

簽名\*

日期\*