Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Thường Thuốc Kê Toa Medicare Phần D

Hướng Dẫn Điền Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Thường

Vui lòng đọc kỹ trước khi điền mẫu đơn này. **Các mẫu đơn yêu cầu bồi thường không đủ thông tin cần thiết có thể làm chậm trễ hoặc cản trở khả năng xử lý yêu cầu bồi hoàn của chúng tôi. Việc hoàn thành và nộp mẫu đơn này không đảm bảo quý vị sẽ được hoàn tiền. Các yêu cầu bồi thường phải tuân theo các giới hạn, điều khoản loại trừ và các quy định khác của chương trình phúc lợi của bạn.**

Phần 1: Thông Tin Thành Viên (do thành viên điền)

1. Hoàn tất tất cả thông tin trong Phần 1. Mã số ID thành viên/chủ thẻ được in trên thẻ bảo hiểm của quý vị.
2. Hãy nộp đơn yêu cầu bồi thường trong thời hạn quy định của chương trình bảo hiểm y tế của quý vị. Nếu có thắc mắc về thời hạn nộp hồ sơ, vui lòng gọi số điện thoại ở mặt sau thẻ bảo hiểm của quý vị.
3. Vui lòng nộp riêng một mẫu đơn yêu cầu thanh toán cho mỗi bệnh nhân và mỗi nhà thuốc mà quý vị mua thuốc.
4. **LƯU Ý QUAN TRỌNG: Việc thanh toán và các thư từ liên quan sẽ được gửi đến người đăng ký chính trừ khi quý vị cung cấp cho chúng tôi Địa Chỉ Thay Thế trong Phần 1.**

Phần 2: Biên Lai

1. Nộp biên lai/nhãn thuốc kê toa có chứa thông tin được yêu cầu (như hình bên dưới) hoặc yêu cầu dược sĩ hoàn thành Phần 2 và Phần 3. Nếu quý vị không nhận được biên lai cho (các) toa thuốc của mình, thì cần có chữ ký của dược sĩ.
2. Vui lòng gửi kèm tất cả (các) biên lai gốc của nhà thuốc. Dán các biên lai vào một trang riêng để nộp kèm với đơn yêu cầu bồi thường. Lưu ý: Vui lòng không dùng ghim bấm đính biên lai hoặc các giấy tờ khác vào mẫu đơn yêu cầu bồi thường.
3. Đối với nhiều yêu cầu bồi thường, vui lòng sử dụng mẫu đơn yêu cầu bồi thường nhiều toa thuốc.

THÔNG TIN VỀ TOA THUỐC/NHÀ THUỐC

Ví dụ Nhãn Thuốc Kê Toa: Vui lòng xem ví dụ này để biết thông tin cần thiết. Lưu ý: Mỗi nhà thuốc có thể có định dạng nhãn riêng biệt.

Nhà thuốc Anytime #1234 (509)555-1234
123 Any Street **Mã NPI của cửa hàng: 1234567890**
Home Town, US 12345-6789

RX 1234567 **Ngày Cấp Thuốc: 1/1/2009**

DOE, JANE
Ngày sinh: 01/01/1900
456 Home Road (509)555-5678
Home Town, US 12345

Amoxicillin 500 mg capsules **DAW: 0**
(Teva) **Số Ngày Cấp: 30**
00000-1111-22 **QTY: 45**

SMITH, MD
NPI: 4567890123

U&C: 200.00 **PHÍ ĐỒNG THANH TOÁN: 20.00**

1. Ngày Cấp Thuốc*
2. Số RX (Toa thuốc)
3. Số lượng*
4. Số ngày cấp*
5. Mã thuốc quốc gia (NDC)*
6. Tên thuốc và Liều lượng*
7. Tên bác sĩ
8. Mã số định danh nhà cung cấp quốc gia (NPI) của bác sĩ
9. DAW
10. Giá Thông thường và Thông lệ (U&C)/Giá theo toa*
11. Phí đồng chi trả*
12. Mã số định danh nhà cung cấp quốc gia (NPI) của nhà thuốc

** Biểu thị thông tin cần thiết để xử lý yêu cầu bồi thường. Nếu thiếu thông tin này, việc xử lý yêu cầu hoàn tiền của quý vị có thể bị trì hoãn hoặc cản trở.*

4. Hãy nhớ giữ lại một bản sao của mẫu đơn yêu cầu bồi thường đã hoàn tất và (các) biên lai để lưu trữ.
5. Gửi mẫu đơn đã hoàn thành và (các) biên lai đến địa chỉ sau: MedImpact Healthcare Systems, Inc.
   PO Box 509108
   San Diego, CA 92150-9108
   Fax: 858-549-1569
   E-mail: Claims@Medimpact.com

Bản quyền © 2026 MedImpact Healthcare Systems, Inc. Bảo lưu mọi quyền.

Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Thường Thuốc Kê Toa Medicare Phần D

PHẦN 1

*Biểu thị thông tin bắt buộc

Mã số ID Chủ thẻ/Người đăng ký chính*	Số Nhóm	
Tên Chương trình/Bảo hiểm y tế	Tên Người đăng ký chính*	Ngày sinh: (tháng/ngày/năm)* / /
Tên Thành viên: (Tên, Tên đệm, Họ)*	Ngày sinh: (tháng/ngày/năm)* / /	Mối quan hệ với Người đăng ký chính Bản thân ☐ Vợ chồng ☐ Người phụ
Địa chỉ Người đăng ký chính: (Đường phố, Thành phố, Tiểu bang, Mã bưu chính)		
Địa chỉ Thay thế: (Đường phố, Thành phố, Tiểu bang, Mã bưu chính) ***Nếu không có địa chỉ thay thế, thư từ và/hoặc khoản thanh toán sẽ được gửi đến địa chỉ người đăng ký chính đã được lưu trong hồ sơ của chương trình/bảo hiểm y tế của quý vị.**		
Số điện thoại của thành viên: ( )		

Hãy cho biết lý do quý vị nộp các yêu cầu bồi thường này theo cách thủ công (chọn một mục):

- ☐ Phối hợp quyền lợi bảo hiểm – Hồ sơ yêu cầu bồi thường phải được nộp kèm theo biên lai của nhà thuốc ghi rõ các khoản đồng chi trả đã trả ***và*** bản Giải thích Quyền lợi Bảo hiểm từ công ty bảo hiểm chính (hoặc lịch sử toa thuốc từ nhà thuốc cho thấy khoản thanh toán bảo hiểm chính)
- ☐ Đã sử dụng thẻ giảm giá
- ☐ Thông tin về Chương trình/Bảo hiểm y tế hoặc thẻ bảo hiểm không có sẵn tại thời điểm mua
- ☐ Nhà thuốc không tham gia mạng lưới
- ☐ Nhà thuốc không thể xử lý yêu cầu bồi thường qua đường điện tử
- ☐ Tình huống Cấp cứu – Nếu là trường hợp Cấp cứu, hãy mô tả tình huống cấp cứu bên dưới

Việc nộp đơn yêu cầu bồi thường thủ công không đảm bảo quý vị sẽ được hoàn tiền.

Mô tả tình huống Cấp cứu: _____

PHẦN 2

Số RX (Toa thuốc)	Ngày Cấp Thuốc* / /	Mới ☐ Cấp lại ☐ (Chọn một mục)	Số lượng*	Số Ngày Cấp*	Mã thuốc quốc gia (11 chữ số)*	
Tên thuốc và Liều lượng*			Tên bác sĩ và mã số NPI Tên: _____ NPI: _____		Giá RX* $	Đồng thanh toán* $

Thuốc hỗn hợp? ☐ Có ☐ Không (Nếu có, vui lòng ghi rõ các thành phần NDC và số lượng trên Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Hoàn Thuốc Hỗn Hợp)

PHẦN 3

Dán nhãn thuốc vào đây hoặc Điền thông tin cần thiết:

Tên Nhà thuốc*			Số điện thoại của Nhà thuốc	
Địa chỉ đường phố			NPI*	
Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính	Chữ ký của Dược sĩ*	Ngày*

Tôi hiểu rằng bất kỳ ai cố ý hoặc cố tình cung cấp thông tin man trá, bỏ sót hoặc làm sai lệch thông tin được yêu cầu trong mẫu đơn này đều có thể bị kết tội và/hoặc phải chịu các hình phạt dân sự hoặc hình sự. Bằng việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu mẫu đơn này, và rằng thông tin được cung cấp trong mẫu đơn này là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi.

_____ _____

Chữ ký của Thành viên hoặc Người đại diện được ủy quyền* Ngày*

LƯU Ý: Nếu mẫu đơn này được điền đầy đủ và ký bởi Người đại diện được ủy quyền, thì Giấy ủy quyền đại diện (AOR) phải được đính kèm theo mẫu đơn này.

Bản quyền © 2026 MedImpact Healthcare Systems, Inc. Bảo lưu mọi quyền.

Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Thường Thuốc Kê Toa Medicare Phần D

Mẫu đơn yêu cầu bồi thường nhiều toa thuốc

Phải được đính kèm vào Mẫu yêu cầu bồi thường thuốc thương mại hoặc thuốc kê toa Phần D

*Biểu thị thông tin bắt buộc

Số RX (Toa thuốc)	Ngày Cấp Thuốc* / /	Mới ☐ Nạp lại ☐ (Chọn một mục)	Số lượng*	Số Ngày Cấp*	Mã thuốc quốc gia (11 chữ số)*	
Tên thuốc và Liều lượng*			Tên bác sĩ và mã số NPI Tên: ________________ NPI : ________________		Giá RX* $	Đồng thanh toán* $
Thuốc hỗn hợp? ☐Có ☐Không (Nếu có, vui lòng ghi rõ các thành phần NDC và số lượng trên Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Hoàn Thuốc Hỗn Hợp)						
Số RX (Toa thuốc)	Ngày Cấp Thuốc* / /	Mới ☐ Nạp lại ☐ (Chọn một mục)	Số lượng*	Số Ngày Cấp*	Mã thuốc quốc gia (11 chữ số)*	
Tên thuốc và Liều lượng*			Tên bác sĩ và mã số NPI Tên: ________________ NPI : ________________		Giá RX* $	Đồng thanh toán* $
Thuốc hỗn hợp? ☐Có ☐Không (Nếu có, vui lòng ghi rõ các thành phần NDC và số lượng trên Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Hoàn Thuốc Hỗn Hợp)						
Số RX (Toa thuốc)	Ngày Cấp Thuốc* / /	Mới ☐ Nạp lại ☐ (Chọn một mục)	Số lượng*	Số Ngày Cấp*	Mã thuốc quốc gia (11 chữ số)*	
Tên thuốc và Liều lượng*			Tên bác sĩ và mã số NPI Tên: ________________ NPI : ________________		Giá RX* $	Đồng thanh toán* $
Thuốc hỗn hợp? ☐Có ☐Không (Nếu có, vui lòng ghi rõ các thành phần NDC và số lượng trên Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Hoàn Thuốc Hỗn Hợp)						
Số RX (Toa thuốc)	Ngày Cấp Thuốc* / /	Mới ☐ Nạp lại ☐ (Chọn một mục)	Số lượng*	Số Ngày Cấp*	Mã thuốc quốc gia (11 chữ số)*	
Tên thuốc và Liều lượng*			Tên bác sĩ và mã số NPI Tên: ________________ NPI : ________________		Giá RX* $	Đồng thanh toán* $
Thuốc hỗn hợp? ☐Có ☐Không (Nếu có, vui lòng ghi rõ các thành phần NDC và số lượng trên Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Hoàn Thuốc Hỗn Hợp)						
Số RX (Toa thuốc)	Ngày Cấp Thuốc* / /	Mới ☐ Nạp lại ☐ (Chọn một mục)	Số lượng*	Số Ngày Cấp*	Mã thuốc quốc gia (11 chữ số)*	
Tên thuốc và Liều lượng*			Tên bác sĩ và mã số NPI Tên: ________________ NPI : ________________		Giá RX* $	Đồng thanh toán* $
Thuốc hỗn hợp? ☐Có ☐Không (Nếu có, vui lòng ghi rõ các thành phần NDC và số lượng trên Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Hoàn Thuốc Hỗn Hợp)						
Số RX (Toa thuốc)	Ngày Cấp Thuốc* / /	Mới ☐ Nạp lại ☐ (Chọn một mục)	Số lượng*	Số Ngày Cấp*	Mã thuốc quốc gia (11 chữ số)*	
Tên thuốc và Liều lượng*			Tên bác sĩ và mã số NPI Tên: ________________ NPI : ________________		Giá RX* $	Đồng thanh toán* $
Thuốc hỗn hợp? ☐Có ☐Không (Nếu có, vui lòng ghi rõ các thành phần NDC và số lượng trên Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Hoàn Thuốc Hỗn Hợp)						
Số RX (Toa thuốc)	Ngày Cấp Thuốc* / /	Mới ☐ Nạp lại ☐ (Chọn một mục)	Số lượng*	Số Ngày Cấp*	Mã thuốc quốc gia (11 chữ số)*	
Tên thuốc và Liều lượng*			Tên bác sĩ và mã số NPI Tên: ________________ NPI : ________________		Giá RX* $	Đồng thanh toán* $
Thuốc hỗn hợp? ☐Có ☐Không (Nếu có, vui lòng ghi rõ các thành phần NDC và số lượng trên Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Hoàn Thuốc Hỗn Hợp)						

Bản quyền © 2026 MedImpact Healthcare Systems, Inc. Mọi quyền được bảo lưu.

Yêu Cầu Bồi Thường Thuốc Kê Toa Medicare Phần D

Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Thường Thuốc Hỗn Hợp

Nhà thuốc hoặc cơ sở phân phối thuốc phải hoàn thành phần còn lại của mẫu đơn này và gửi lại cho thành viên/bệnh nhân hoặc cung cấp cho thành viên/bệnh nhân Mẫu Đơn yêu cầu Bồi thường Chung cho thuốc hỗn hợp.*

- ☐ Cung cấp mã số NDC gồm 11 chữ số cho mỗi thành phần trong thuốc.
- ☐ Ghi rõ thành phần thuốc và liều lượng.
- ☐ Hãy ghi rõ lượng thuốc được phân phối theo đơn vị viên nén, gam hoặc mililit đối với thuốc dạng lỏng, kem, thuốc mỡ hoặc thuốc tiêm.
- ☐ Hãy cho biết số tiền bệnh nhân đã trả cho toa thuốc.

Thuốc Kê Toa Hỗn Hợp

Chỉ dùng cho nhà thuốc*

Tổng phí:			**$**

Lưu ý: Nếu thuốc được mua ở nước ngoài, cần phải quy đổi tiền tệ sang đô la Mỹ.

Nhãn thuốc gốc hoặc biên lai thanh toán tiền mặt của nhà thuốc cần được đính kèm với mẫu đơn yêu cầu bồi thường này hoặc Mẫu đơn yêu cầu bồi thường chung đối với thuốc hỗn hợp. Nhãn thuốc và biên lai sẽ không được trả lại; quý vị có thể sao chụp để lưu trữ.

Bản quyền © 2026 MedImpact Healthcare Systems, Inc. Bảo lưu mọi quyền.