

NaviCare® HMO SNP

Biểu mẫu bồi hoàn thẻ Save Now

**Quý vị quên sử dụng thẻ Save Now
khi thanh toán cho các mặt hàng đủ điều kiện?**

Thẻ Save Now của tôi bao trả cho những sản phẩm nào?

Mỗi quý theo lịch, **chúng tôi sẽ nạp \$375*** vào thẻ Save Now của quý vị để quý vị có thể mua thuốc cảm lạnh/dị ứng, thuốc giảm đau, kem đánh răng, xà phòng, dầu gội đầu, v.v.. Quý vị sẽ nhận tới \$1,500 trong năm để sử dụng tại các cửa hàng như CVS Pharmacy, Walgreens và Target. Quý vị cũng có thể đặt hàng qua Medline bằng cách gọi điện hoặc truy cập trực tuyến để được giao hàng tận nhà miễn phí.

Nếu quý vị mắc một tình trạng mạn tính đủ điều kiện: Mỗi quý theo lịch, tài khoản Save Now của quý vị sẽ trích riêng \$200** cho thực phẩm lành mạnh và \$175 cho các mặt hàng chăm sóc sức khỏe và chăm sóc cá nhân. Không phải tất cả hội viên đều đủ điều kiện. Để tìm hiểu thêm, hãy liên hệ với Fallon Health.

Khi nào tôi có thể sử dụng biểu mẫu này?

Nếu quý vị đã thanh toán cho bất kỳ mặt hàng nào được thẻ Save Now đài thọ nhưng không sử dụng thẻ Save Now để thanh toán cho (các) mặt hàng đủ điều kiện. Xin lưu ý rằng khoản bồi hoàn sẽ được khấu trừ vào số dư Save Now của quý vị.

Tôi có thể nhận khoản bồi hoàn bằng cách nào?

- Hoàn thành biểu mẫu ở mặt sau của tờ rơi và gửi lại cho chúng tôi.
- Gửi biên lai gốc ghi ngày tháng và bản sao sao kê ngân hàng/thẻ tín dụng cho thấy khoản phí cho các mặt hàng đủ điều kiện của quý vị trước ngày 31 tháng 3 năm sau đối với các chi phí phát sinh từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 12.

Chúng tôi chấp nhận nhiều biên lai và yêu cầu trên 1 biểu mẫu để quý vị có thể được bồi hoàn tất cả cùng lúc!

Mẫu bồi hoàn phải được Fallon Health phê duyệt. Vui lòng chờ 4-6 tuần kể từ ngày chúng tôi nhận được biểu mẫu đã điền để được thanh toán.

Quý vị cần thêm bản sao của biểu mẫu này?

Hãy truy cập fallonhealth.org/navicare và nhấp vào “Plan documents and forms” (Biểu mẫu và tài liệu của chương trình) trong phần “Member resources” (Nguồn lực dành cho hội viên).

1-877-700-6996 (TRS 711)

từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu (7 ngày trong tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3)

fallonhealth.org/navicare

lật qua >

** Thẻ Save Now sẽ được nạp \$375 mỗi quý – vào Tháng 1, Tháng 4, Tháng 7 và Tháng 10. Số dư còn lại trên thẻ sẽ hết hạn vào cuối mỗi quý. Số tiền không được chuyển sang quý tiếp theo. Tổng số tiền chi tiêu hàng năm được tính trên cơ sở khoảng thời gian 12 tháng, năm theo lịch, tư cách hội viên chương trình.*

***Quyền lợi mua thực phẩm trị giá \$200 (mỗi quý theo lịch) là một phần của chương trình bổ sung đặc biệt cho người mắc bệnh mạn tính. Để đủ điều kiện, người ghi danh phải có chẩn đoán mắc bệnh trạng mạn tính được ghi nhận trong hồ sơ của Fallon Health, chẳng hạn như rối loạn tim mạch, tình trạng sức khỏe hành vi mạn tính và khuyết tật, rối loạn phổi mạn tính, bệnh tiểu đường và rối loạn thần kinh. Đây không phải là danh sách đầy đủ về các bệnh trạng mạn tính đủ điều kiện. Không phải tất cả các hội viên mắc bệnh mạn tính đều sẽ đủ điều kiện. Chúng tôi cũng sẽ áp dụng các tiêu chí về tư cách hội đủ điều kiện và phạm vi bảo hiểm khác.*

Biểu mẫu Bồi hoàn Chi phí Được bao trả bằng Thẻ Save Now NaviCare®

Sử dụng biểu mẫu này để yêu cầu bồi hoàn cho các sản phẩm đủ điều kiện.

Các cách để được bồi hoàn:

1. Gửi biểu mẫu đã điền qua đường bưu điện tới:
Fallon Health,
P.O. Box 211308, Eagan, MN
55121-2908

2. Gửi biểu mẫu đã điền qua email tới:
reimbursements@fallonhealth.org

Thông tin THÀNH VIÊN

Tên:	Số điện thoại: ()
Ngày sinh:	Số thẻ ID NaviCare:

Thông tin NGƯỜI YÊU CẦU

Có phải biểu mẫu này đang được điền bởi một nhân viên của Fallon Health thay mặt cho thành viên không? ☐ Có ☐ Không	
Người yêu cầu có phải là người không là thành viên không? ☐ Có ☐ Không	
Tên của người yêu cầu bồi hoàn:	
Mối quan hệ với hội viên:	☐ AOR ☐ POA
Địa chỉ của người yêu cầu:	Số điện thoại của người yêu cầu:
Thành viên có chấp thuận việc giao séc bồi hoàn cho người yêu cầu không? ☐ Có ☐ Không	

Thông tin MUA HÀNG

(Các) nhà bán lẻ nơi mua (các) sản phẩm:		
Thành phố/tiểu bang của (các) nhà bán lẻ:		
Ngày mua:	Chi phí	Số tiền Đã thanh toán
Mô tả về (các) sản phẩm đã mua:		

Chứng nhận và cho phép

Tôi xác nhận rằng thông tin ở trên là chính xác theo hiểu biết của tôi. Tôi chỉ yêu cầu bồi hoàn cho các chi phí đủ điều kiện phát sinh trong năm quyền lợi hiện hành và cho các thành viên đủ điều kiện.

Chữ ký của Thành viên hoặc Người đại diện:

Ngày: _____

