



# 처방약품 보험청구양식

본 청구양식은 약국에 의해 제공된 보험 보장되는 약품에 대한 보험금 지불용으로 사용됩니다. 이 양식을 작성하신 것만으로 보험금 지불을 보장하지는 않습니다. 추가 보장 정보에 대해서는 귀하의 보험 플랜 문서를 참조해 주십시오. 이 양식에 대한 질문이 있으시거나 추가 양식이 필요하시면 귀하 회원 ID 카드에 수록되어 있는 전화번호로 Health Net에 전화하여 문의하시거나 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)으로 방문해 주십시오.

## 작성 요령

- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>아래의 가입자/등록인 정보항을 작성하십시오.<br/>가입자 ID 및 그룹 번호는 귀하 Health Net ID 카드 또는 임시 ID 역할을 하는 귀하 신청서 사본에서 찾으실 수 있습니다.</li> <li>귀하 약사가 뒤면의 항을 작성하도록 하시고 동일한 정보를 포함한 목록화된 약국 영수증을 제출하십시오.</li> <li>반드시 각 가족 회원에 대한 별도의 청구양식을 작성하셔야 합니다. 또한 이용하신 각 약국에 대한 별도의 양식이 필요합니다.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>반드시 이 양식의 전체 모든 항들을 작성하셔야 하며 그렇지 않을 경우 반환될 것입니다. 작성된 청구양식의 처리기간은 4주입니다.</li> <li>작성하신 양식을 다음 주소로 보내주십시오.<br/>Health Net of California<br/>C/O Caremark<br/>PO Box 52136<br/>Phoenix, AZ 85072-2136</li> </ol> |
|--|--|

## 가입자/등록인

가입자/등록인 ID #:		그룹 번호:		연락처 전화번호:	
가입자/등록인의 성:			이름:		중간이름:
주소:		시:		주:	우편번호:
환자 이름:		처방전 용도(진단명):		환자 성별:	
				생년월일:	

이 약물이 직장 상해와 관련된 약물입니까?  예  아니요  
 이 약물이 기타 다른 그룹 보험 플랜에 의해 보장을 받습니까?  예  아니요  
 “예”라고 답하신 경우, 보험회사명 및 기타 고용주명을 적어주십시오. \_\_\_\_\_

Health Net PPO, Flex Net, Medicare Supplement는 Health Net Life Insurance Company에 의한 가입심사를 받습니다.

본인의 위의 정보가 정확하며 위에서 작성한 사람이 보험 혜택을 받을 수 있음을 보증합니다. 본인은 여기서 밝힌 약물을 수령했으며 본 영수증에 포함된 모든 정보를 Health Net 또는 그 대리인에 공개함을 승인합니다.

본인은 처방약에 대해 지불 가능한 모든 보험 혜택이 양도될 수 없으며 따라서 양도 또는 양도 시도는 무효화될 것이라는 것에 동의합니다. 본인은 보험 혜택의 양도가 이루어지지 않았다는 것을 다시 한번 증명합니다.

사망 보상금 지급에 대해 고의적으로 위/변조된 클레임을 제출하는 경우, 범죄행위로 간주하여 벌금형 및 주립 교도소에 감금당할 수 있습니다.

X \_\_\_\_\_ 날짜  
 서명(보험인)

귀하 약사에게 나머지 항들을 작성하도록 요청하십시오. 이 정보 없이는 본 양식을 처리할 수 없습니다.

Rx 번호: 1.	처방 날짜	다음 중 하나에만 체크 표시를 하십시오. <input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> Rx 리필 <input type="checkbox"/> 조제	수량:	Rx 지시사항:	분량:	세금 포함 Rx 가격:
약물명 및 함량:				MD DEA 번호:	NDC 번호 필수:	
Rx 번호: 2.	처방 날짜	다음 중 하나에만 체크 표시를 하십시오. <input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> Rx 리필 <input type="checkbox"/> 조제	수량:	Rx 지시사항:	분량:	세금 포함 Rx 가격:
약물명 및 함량:				MD DEA 번호:	NDC 번호 필수:	
Rx 번호: 3.	처방 날짜	다음 중 하나에만 체크 표시를 하십시오. <input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> Rx 리필 <input type="checkbox"/> 조제	수량:	Rx 지시사항:	분량:	세금 포함 Rx 가격:
약물명 및 함량:				MD DEA 번호:	NDC 번호 필수:	

**조제약인 경우 아래 정보를 작성해 주십시오.**

약국 라벨을 여기에 부착해 주십시오. 7자리 NABP 번호 필수 \_\_\_\_\_  
(이 번호를 귀하 약국에서 받으십시오.)

약국 이름: \_\_\_\_\_ Health Net와 협약된 약국입니까?  예  아니요

주소 \_\_\_\_\_ 약사 서명 X \_\_\_\_\_

시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_ **주의:** 보험 혜택은 보장을 받는 개인에게 직접 지불 가능하며 이러한 혜택의 양도는 무효입니다.

**조제약 처방 정보**

- Rx 번호, 약물명, 함량, 제조일 포함.
- 조제한 약물에 대한 모든 NDC 번호 포함.
- 알약수, 그램 또는 액체, 크림, 연고, 주입 가능약인 경우 그램 또는 ml로 표현된 “측정 양” 표시.

**조제약**

Rx 번호	NDC 번호	약물 성분	수량	비용