

本OTC費用償付申報表係用於針對您自付費用購買之**符合規定**OTC與保健相關用品申請償付。購買的OTC與保健相關用品項目只能供您自己使用，不能供家人或朋友使用。第一保健的自選藥物與用品OTC卡既不是轉帳卡也不是信用卡，不能折現，也不能用來購買B部份或D部份處方藥物。現金償還金額將從您的OTC卡餘額中扣除。如果餘額低於遞交的金額，您的償還金額最多只能達到當我們收到您申請時的卡片餘額。**本表格不能用來償付不符合OTC規定的項目、處方藥物或任何您接受的醫療服務。**

以下是有關每一個部份如何填寫的說明。請先仔細閱讀再填寫表格。

## 第一部份 | 會員資訊

- 填寫您的姓名(名字、姓氏)，須與您的第一保健ID卡所示姓名相同。
- 填寫列於您的第一保健會員ID卡上的會員ID號碼。
- 填寫列於您OTC卡上的19位數OTC/卡號。
- 填寫您完整的郵寄地址。
- 填寫您的電話號碼，以備我們需要與您聯絡，確認您提供的資訊。

## 第二部份 | OTC費用、會員簽名、與郵寄資訊

- 依照您的收據填寫購買日期(月月/日日/年年年年)、購買地點、購買項目、以及每項的支付費用。如果您需要更多空間填寫您的購買項目，請務必填寫另一份表格並附上。
- 填寫所有申報項目的總額。
- 附上您購買符合規定品項的藥房／店鋪提供的原始收據明細。**請勿寄註銷支票、信用卡或銀行對賬單。**
- 檢查填妥的「OTC償付申報表」，簽署姓名及日期並郵寄至：

**Healthfirst Product Management  
P.O. Box 5175  
New York, NY 10274-5175**

您可以在您的會員歡迎材料隨附的OTC手冊中找到OTC與保健相關用品項目的目錄，或者您可從我們的網站[Healthfirst.org/Medicare](http://Healthfirst.org/Medicare)下載副本。

如果您有任何疑問或者在填寫本表格時需要協助，請致電會員服務部，電話號碼是**1-888-260-1010**（聽力語言殘障服務專線**TTY 1-888-542-3821**），服務時間每週七天，每天上午8時至晚上8時。

如果您需要專人親自協助填寫本表格，您可前往離您最近的第一保健社區辦公室。

## 自選藥物與用品(Over-the-Counter, 簡稱OTC)償付申報表格

第一部份   會員資訊	
會員姓名	會員地址
會員ID號碼	會員出生日期
OTC卡號	會員電話號碼 (      )

第二部份   OTC費用			
本部份必須完整填寫。如果資料不完整，所遞交的償付要求將不予處理並予退還。請完整填寫所有下列空格以確保您的申報將會及時處理。必須附上所有費用的證明文件。			
購買日期 (月月/日日/年年年年)	購買地點	購買項目	費用數額
/ /			\$
/ /			\$
/ /			\$
/ /			\$
/ /			\$
/ /			\$
總計 \$			_____

本人理解，本人只能就聯邦老人醫療保險與醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services，簡稱CMS）核准、符合規定的OTC與保健相關用品獲得償付。本人理解，購買的物品只能供本人自己使用，不能為朋友或家人購買。如果本人尋求償還符合兩用的項目費用，本人確證在購買附於此處的兩用項目之前本人曾與醫療服務提供者商討並得到其口頭推薦。

\_\_\_\_\_  
會員簽名

\_\_\_\_\_  
日期

本表格是否容易填寫？  是  否

若回答否，請說明原因 \_\_\_\_\_

僅供工作人員使用

承保由第一保健健保計劃公司(Healthfirst Health Plan, Inc.)、第一保健PHSP公司 ( Healthfirst PHSP, Inc. , 簡稱PHSP) 與／或第一保健保險公司(Healthfirst Insurance Company, Inc.) ( 統稱為「第一保健」) 提供。

第一保健健保計劃公司(Healthfirst Health Plan, Inc.)提供與聯邦政府簽訂合約的管理式保健機構計劃。第一保健老人醫療保險計劃與紐約州醫療補助計劃簽有關於第一保健惠康護理計劃(管理式保健計劃－特殊需要計劃)的合約，並與紐約州衛生署簽有關於第一保健生活改善計劃(管理式保健計劃－特殊需要計劃) (Life Improvement Plan (HMO SNP))的福利協調協議。能否註冊參加第一保健老人醫療保險計劃取決於政府合約是否續延。

第一保健老人醫療保險計劃公司 ( Healthfirst Medicare Plan, Inc. ) 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.  
Call 1-866-305-0408 (TTY 1-888-867-4132).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su diisposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.  
Llame al 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821).