

Flex償付費用申報表僅適用於申請償付特選專享計劃（精選服務提供者計劃）牙科、視覺及聽覺自付費用。

**視覺：**透過網絡內服務提供者購買的眼鏡（超出已包含在您計劃中的每兩年\$250用款額度）

**牙科：**網絡外服務的定額手續費及/或超越您的年度用款額度\$1,500的服務費用

**聽覺：**透過NationsHearing購買之助聽器的定額手續費

請務必先向您的服務提供者出示第一保健會員ID卡，以使用您所有的常規牙科、視力和聽力福利；然後再使用Flex卡支付任何自付費用！Flex卡僅供您個人使用，並非供家人或朋友使用。其不能折現，而且現金償付將從您的Flex卡餘額中扣除。如果餘額低於遞交的金額，您最多只能得到我們收到您的要求時您的卡上所剩餘額的償付。

以下是完成本表格各部份的指示。在完成本表格之前請仔細閱讀。

## 第一部份 | 會員資訊

- 填寫您的姓名（名字、姓氏），須與您的第一保健會員ID卡所示姓名相同。
- 填寫您的會員ID號碼，號碼在您的第一保健會員ID卡上可以找到。
- 填寫您的Flex卡號碼，號碼在您的Flex卡上可以找到。
- 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 | 費用與表格提交資訊

- 依照您的收據填寫購買日期(月月/日日/年年年年)、購買地點、購買品項/服務、以及每個品項/服務的支付金額。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。
- 填寫所有您要求償付之品項/服務的總額。
- 附上您符合規定之視覺、牙科或聽力自付費用購買項目的原始收據明細。請勿寄註銷支票、信用卡對賬單或銀行對賬單。
- 檢查填妥的「Flex償付費用申報表」，簽名並加註日期，然後以下列任一種方式提交給第一保健：
  - 電子郵件：[OTCINQUIRIES@Healthfirst.org](mailto:OTCINQUIRIES@Healthfirst.org)
  - 傳真：212-801-3250
  - 郵寄：Healthfirst OTC Inquiries  
P.O. Box 5175  
New York, NY 10274-5175

如果您有任何疑問或者在填寫本表格時需要協助，請致電您的專屬會員服務部團隊，電話號碼是1-833-350-2910，十月至三月的服務時間是每週七天，每天上午8時至晚上8時；四月至九月的服務時間是週一至週五，上午8時至晚上8時。如果您需要面對面填寫本表格的協助，請造訪任何一個第一保健社區辦公室。

**第一部份 | 會員資訊**

會員姓名	會員地址
第一保健會員ID號碼	會員出生日期 (DOB)
Flex卡號碼	會員電話號碼

**第二部份 | Flex卡費用**

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費用申報將會及時處理。必須附上所有費用的支持文件。

購買日期 (月月/日日/年年年年)	購買地點	購買的品項/服務	費用數額
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
<b>總計 \$</b>			_____

本人理解，購買項目僅供本人使用，不能為朋友或家人購買。

\_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

承保由第一保健健保計劃公司 (Healthfirst Health Plan, Inc.) 或第一保健保險公司 (Healthfirst Insurance Company, Inc.) (統稱為「第一保健」(Healthfirst)) 提供。第一保健老人醫療保險計劃是持有聯邦老人醫療保險合約的管理式保健計劃和精選服務提供者計劃。我們的特殊需要計劃跟紐約州醫療補助計劃也有簽訂合約。計劃含有不予承保和限制事項。

第一保健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 1-888-542-3821).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su diisposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-305-0408 (TTY 1-888-867-4132).