

请使用此表格来提交理赔申请，用于报销承保的非处方药 (OTC) 计划保险福利的自付费用（如适用）。

|             |             |                  |
|-------------|-------------|------------------|
| <b>会员姓氏</b> | <b>会员名字</b> | <b>会员 ID 编号：</b> |
|-------------|-------------|------------------|

**会员地址：**

|      |   |      |
|------|---|------|
| 街道编号 |   |      |
| 城市   | 州 | 邮政编码 |

**非处方药零售商信息：**

|              |            |
|--------------|------------|
| <b>公司名称：</b> | <b>电话：</b> |
|--------------|------------|

**公司地址：**

|      |   |      |
|------|---|------|
| 街道编号 |   |      |
| 城市   | 州 | 邮政编码 |

|                      |              |
|----------------------|--------------|
| <b>支付的总金额</b><br>\$: | <b>服务日期：</b> |
|----------------------|--------------|

**请将填妥的本表格连同每次购买的分项收据寄往：**

EmblemHealth Claims Department  
55 Water Street  
New York, NY 10041-8190

请保留本表格及您收据的一份副本，以作为您自己的记录。如果您有疑问，请致电会员身份卡背面的电话号码联系我们。我们的客户服务代表将竭诚为您提供帮助。

您也可以访问我们的网站 [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare)。