

您必须使用网内专业医护人员提供的服务。如果您因特殊情况而无法这样做,请在适用的情况下,请使用此表格提交理赔申请,以报销您所承保的 OTC 福利所产生的自付费用。我们将审查您的申请。

会员姓氏	会员名字	会员 ID 号码
------	------	----------

会员地址

街道号码		
城市	州	邮政编码

OTC 零售商信息

公司名称	电话
------	----

公司地址

街道号码		
城市	州	邮政编码

支付的总金额 \$:	服务日期
---------------	------

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,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。