

非处方 (Over-the-Counter, OTC) 居家 新冠病毒疾病 (COVID-19) 测试补偿表

此表格是用来申请补偿于 2022 年 1 月 15 日当天或之后所购买,可能属于您医疗计划承保范围之美国食品与药物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 授权的非处方 (over-the-counter, OTC) 居家新冠病毒疾病 (COVID-19) 测试。

- 此表格适用于您购买的非处方 (OTC) 新冠病毒疾病 (COVID-19) 测试。
- 请使用黑色或蓝色墨水笔以正楷填写您的回答。您也可以用电脑填写并打印此表格,然后将填妥的表格邮寄给我们。
- 请附上付款证明 (例如已付款收据), 其中应包括测试的名称, 并附上完整填写的此表格。如果我们没有收到规定应提供的信息, 您的要求将无法获得处理。
- 请将填妥的表格和付款证明寄至 New York City Employees PPO (NYCE PPO) plan, Transition of Care, P.O. Box 21534, Eagan, MN 55121。

会员信息

全名 _____

会员卡号码 _____ 计划 / 团体编号 **76-417151**

出生日期 ____ / ____ / ____
月月 日日 年年年年

地址 _____

城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

这是否是新的地址? 是 否

电话号码 _____ - _____ - _____

电子邮件地址 _____

您的非处方 (OTC) 新冠病毒疾病 (COVID-19) 测试相关信息

请填写购买了多少件个别测试? _____

注意:许多新冠病毒疾病 (COVID-19) 测试以 2 件一组套装销售。对于每份 2 件一组套装, 购买的个别测试总数则是 2。

所购买之美国食品与药物管理局 (FDA) 授权的测试之名称 (例如, BinaxNOW、QuickVue、Intelliswab 等) _____

您为新冠病毒疾病 (COVID-19) 非处方 (OTC) 居家测试所支付的金额, 包括任何适用的销售税在内: \$ _____

购买日期 ____ / ____ / ____
月月 日日 年年年年

会员签名

签名 _____

日期 ____ / ____ / ____
月月 日日 年年年年

本人于上方签名即表示, 本人声明以上信息正确无误。任何人蓄意提交内含任何不实陈述或任何错误、不完整或具误导性之信息的请款声明, 都可能构成可依法受到惩罚的刑事犯罪, 且可能需缴交民事罚款。

准备好要寄送填妥的表格?

在您邮寄您的表格前, 请务必确定您:

- 完整填写表格并签名
- 附上付款证明, 例如已付款收据
- 将您寄给我们的所有文件全都保留一份副本

请将填妥的表格和付款证明寄至 Transition of Care, P.O. Box 21534, Eagan, MN 55121。



有疑问?我们在此协助您。

如果您有任何疑问, 请联系会员服务部, 电话
212-501-4444 (听力语言残障服务专线 (TTY) 711)。