

避孕管理移动 应用程序补偿表

根据联邦法规, 此表格仅限用于申请补偿所下载之用于避孕管理的美国食品与药物管理局 (Federal Drug Administration, FDA) 核准之移动应用程序。

您可以使用此表格对购买已获得美国食品与药物管理局 (FDA) 授权的应用程序要求补偿。

- 此表格适用于对您购买的美国食品与药物管理局 (FDA) 核准之避孕管理应用程序申请月度或年度补偿。
- 请使用黑色或蓝色墨水笔以正楷填写您的回答。
- 请附上付款证明 (例如已付款收据), 其中应包括应用程序的名称, 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 NYCE PPO Plan, P.O. Box 21534, Eagan, MN 55121, 或者您可以填写此表格并使用安全会员门户网站 nyceppo.com 中的请款提交工具在网上提交表格。

投保人 / 保单持有者信息

投保人 / 保单持有者全名 _____

会员卡号码 _____ 团体编号 _____

出生日期 / /
月月 日日 年年年年

街道地址 _____

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 _____

病患姓名 _____ 病患出生日期 / /
月月 日日 年年年年

您的应用程序购买相关信息

您要申请的是月费还是年费的补偿? _____

购买日期 / / / / / /
月月 日日 年年年年 月月 日日 年年年年 月月 日日 年年年年

所提交之补偿申请的总金额 \$ _____

会员签名

签名 _____

日期 ____ / ____ / ____
月 日 年年

本人于上方签名即表示,本人声明此表格中的信息正确无误。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?

请将填妥的表格和付款证明寄至 NYCE PPO Plan, P.O. Box 21534, Eagan, MN 55121, 或者您可以填写此表格并使用安全会员门户网站 nyceppo.com 中的请款提交工具在网上提交表格。

在您邮寄表格或在网上提交前,请务必确定您:

- 已完整填写表格并已签名
- 已附上付款证明,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



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**)

仅供内部使用:

诊断代码: Z30.8

服务日期: 10 (OF)

健康护理通用程序编码系统 (HCPCS) 代码: A9293

纳税人识别号 - 999999993

单位: 1