

# Biểu Mẫu Bồi Hoàn Khoản Tín Dụng Thẻ Mua Tự Do (Over-the-Counter, OTC)



Biểu mẫu này sẽ được dùng để yêu cầu bồi hoàn khoản tín dụng cho các mặt hàng Mua Tự Do (OTC) **đủ điều kiện** mà quý vị đã cố gắng mua bằng thẻ OTC được chương trình của mình phê duyệt nhưng lại không thể mua tại nhà bán lẻ. Mọi khoản bồi hoàn tín dụng đều sẽ được đưa vào số dư tài khoản trên thẻ OTC của quý vị.

**Vui lòng lưu ý:** Việc gửi biểu mẫu này không đảm bảo rằng quý vị sẽ được bồi hoàn.

## Thông Tin Hội Viên

Tên hội viên (tên, chữ cái đầu tên đệm, họ):	Địa chỉ gửi thư (phố hoặc Hộp Thư Bưu Điện (Post Office, PO), thành phố, mã ZIP tiểu bang):
Ngày Sinh:	Số điện thoại nhà:
Số ID Hội Viên:	Tên hoặc Số Nhóm (nếu có):

## Thông Tin Sản Phẩm

Ngày Mua:	Tổng Số Tiền Bồi Hoàn Khoản Tín Dụng Yêu Cầu:
-----------	-----------------------------------------------

Tên Nhà Bán Lẻ (chẳng hạn như CVS, Walgreens, v.v.):

Phải có **biên lai** đối với các mặt hàng đã mua kèm theo tên và địa chỉ của nhà bán lẻ in sẵn trên biên lai, cùng với danh sách các vật dụng và số tiền đã thanh toán. Không thể xử lý các yêu cầu bồi hoàn không kèm theo biên lai.

Vui lòng đính kèm biên lai gốc có thể đọc được đã ghi rõ các khoản và khoanh tròn/đánh dấu các vật dụng trên biên lai mà quý vị yêu cầu bồi hoàn khoản tín dụng. Vui lòng sao lại tất cả biên lai gốc do chúng tôi không thể trả lại các giấy tờ gốc cho quý vị.

Vui lòng gửi biên lai gốc đã ghi rõ các khoản làm bằng chứng thanh toán cùng với biểu mẫu đã điền này qua đường bưu điện đến:

Providence Medicare Advantage Plans  
Attn: OTC Credit Reimbursement  
P.O. Box 24084  
Seattle, WA 98134-4084

Nếu các vật dụng yêu cầu được chấp thuận là đủ điều kiện, số tiền được chấp thuận sẽ được thêm vào số dư OTC của quý vị, quý vị có thể kiểm tra bằng cách truy cập [mybenefitscenter.com](http://mybenefitscenter.com) hoặc liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Thẻ theo số 1-888-682-2400. Chỉ những vật dụng đủ điều kiện theo hướng dẫn OTC mới được xem xét bồi hoàn khoản tín dụng cho số dư OTC của quý vị.

Sau đây tôi xác nhận rằng tất cả thông tin được cung cấp là chính xác.

Chữ ký của hội viên: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

## Bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của Các Chương Trình Providence Medicare Advantage

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho Chương Trình Providence Medicare Advantage Plans theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340. Người dùng TTY xin gọi số 711. Chúng tôi làm việc bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Chúng tôi không làm việc vào các ngày thứ Bảy và Chủ Nhật, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9.