

نموذج طلب دفع مقابل الأدوية المقررة بوصفة طبية

معلومات العضو

	الاسم: (الأول، الأوسط، العائلة):
	رقم تعريف العضو الرقم التعريفي للعميل :(Customer Identification Number, CIN)
	رقم الهاتف:
العنوان:	عنوان مكان سكنك:
المدينة: الولاية: الرمز البريدي:	المدينة، الولاية، الرمز البريدي:
العنوان:	العنوان حيث تريد إرسال الشيك إليه: (إذا كان مختلفاً عن المكان الذي تعيش فيه)
المدينة: الولاية: الرمز البريدي:	المدينة، الولاية، الرمز البريدي:

طلب دفع #1: معلومات حول الأدوية المقررة بوصفة طبية

	اسم الدواء:
	تركيز الدواء: (إذا كان معروفاً)
	كمية الدواء: (إذا كان معروفاً)
	تاريخ ملء الوصفة الطبية:
\$	المبلغ المدفوع:
	اسم الصيدلية:
	رقم هاتف الصيدلية:
	ما سبب الدفع مقابل هذا الدواء؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
	هل أرفقت الإيصال؟

طلب دفع #2: معلومات حول الأدوية المقررة بوصفة طبية

اسم الدواء:	
تركيز الدواء: (إذا كان معروفًا)	
كمية الدواء: (إذا كان معروفًا)	
تاريخ ملء الوصفة الطبية:	
المبلغ المدفوع:	\$
اسم الصيدلية:	
رقم هاتف الصيدلية:	
ما سبب الدفع مقابل هذا الدواء؟	
هل أرفقت الإيصال؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

طلب دفع #3: معلومات حول الأدوية المقررة بوصفة طبية

اسم الدواء:	
تركيز الدواء: (إذا كان معروفًا)	
كمية الدواء: (إذا كان معروفًا)	
تاريخ ملء الوصفة الطبية:	
المبلغ المدفوع:	\$
اسم الصيدلية:	
رقم هاتف الصيدلية:	
ما سبب الدفع مقابل هذا الدواء؟	
هل أرفقت الإيصال؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

إذا كان لديك أكثر من 3 طلبات، يُرجى إرفاق صفحات إضافية حسب الحاجة.

أقر بأن المعلومات الواردة في نموذج الطلب هذا صحيحة على حد علمي.

إرسال الطلب إلى:

505 City Parkway West Orange, CA 92868 الفاكس: 1-858-357-2556	CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP) Pharmacy Management Reimbursements
---	--

التوقيع:

التاريخ:

معلومات مقدم الطلب

أكمل هذه الصفحة فقط إذا لم يكن الشخص الذي قدم هذا الطلب هو العضو.

يمكن لمسؤولي وصف الأدوية إجراء هذا الطلب بالنيابة عن العضو. إذا كان الشخص الذي يقوم بهذا الطلب هو شخص آخر (كأحد أفراد الأسرة أو صديق)، فإن ذلك الشخص يجب أن يكون ممثل العضو.

قم بإرفاق وثائق تظهر صلاحيتك لتمثيل العضو (نموذج تصريح تمثيل مكتمل من CMS-1696 أو نموذج خطي مماثل). للحصول على مزيد من المعلومات حول اختيار ممثل، تواصل مع خدمة عملاء CalOptima Health OneCare Flex Plus على الرقم 1-877-412-2734، على مدار اليوم طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم 711. يمكنك أيضًا الاتصال على الرقم **1-800-MEDICARE**

الاسم: (الأول، الأوسط، العائلة):	
الصلة بالعضو:	
رقم الهاتف:	
رقم الفاكس: (إذا انطبق الأمر)	
العنوان حيث تستلم البريد:	العنوان:
المدينة، الولاية، الرمز البريدي:	المدينة: الولاية: الرمز البريدي:
هل أرفقت وثائق التمثيل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

مع Medicare Advantage منظمة CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan عقد Medicare و Medi-Cal. التسجيل في CalOptima Health OneCare يعتمد على تجديد العقد. تمتثل CalOptima Health OneCare مع قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس. يرجى الاتصال برقم خدمة عملاء CalOptima Health OneCare على الرقم المجاني 1-877-412-2734 (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. قم بزيارتنا على www.caloptima.org/OneCare.

المرفات:

• إشعار التوفر وإشعار عدم التمييز