



Formulario para solicitar el pago de medicamentos recetados

Información del miembro

Nombre (nombre y apellido):	
Identificación del miembro (CIN):	
Número de teléfono:	
Dirección donde vive:	Dirección:
Ciudad, estado, código postal:	Ciudad: Estado: Código postal:
Dirección donde quiere recibir el cheque: (si es diferente a la dirección donde vive)	Dirección:
Ciudad, estado, código postal:	Ciudad: Estado: Código postal:

Solicitud de pago 1: información del medicamento recetado

Nombre del medicamento:	
Concentración del medicamento: (si lo sabe)	
Cantidad surtida del medicamento: (si lo sabe)	
Fecha que fue surtido el medicamento recetado:	
Cantidad que pagó:	\$
Nombre de la farmacia:	
Teléfono de la farmacia:	
¿Por qué pagó por este medicamento?	
¿Incluyó el recibo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Solicitud de pago 2: información del medicamento recetado

Nombre del medicamento:	
Concentración del medicamento: (si lo sabe)	
Cantidad surtida del medicamento: (si lo sabe)	
Fecha que fue surtido el medicamento recetado:	
Cantidad que pagó:	\$
Nombre de la farmacia:	
Teléfono de la farmacia:	
¿Por qué pagó por este medicamento?	
¿Incluyó el recibo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Solicitud de pago 3: información del medicamento recetado

Nombre del medicamento:	
Concentración del medicamento: (si lo sabe)	
Cantidad surtida del medicamento: (si lo sabe)	
Fecha que fue surtido el medicamento recetado:	
Cantidad que pagó:	\$
Nombre de la farmacia:	
Teléfono de la farmacia:	
¿Por qué pagó por este medicamento?	
¿Incluyó el recibo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si tiene más de 3 solicitudes, adjunte páginas adicionales al ser necesario.

Yo certifico que la información en este formulario es correcta a mi leal saber y entender.

Envíe su solicitud a:

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP)

Pharmacy Management Reimbursement

505 City Parkway West

Orange, CA 92868

Fax: 1-858-357-2556

Firma: _____

Fecha: _____

Información del solicitante

Llene esta página SOLAMENTE si la persona solicitando el pago no es el miembro.

Un proveedor recetante puede presentar esta el formulario de solicitud a nombre del miembro. Si la persona que presenta este formulario es otra persona (como pariente o amigo), tal persona debe ser el representante autorizado del miembro.

Adjunte documentación que compruebe su autoridad de representar al miembro (un Formulario de nombramiento de representante CMS-1696 o un documento equivalente por escrito). Para obtener más información sobre cómo escoger a un representante, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TTY pueden llamar al **711**. También puede llamar al **1-800-MEDICARE**.

Nombre (nombre y apellido):	
Relación con el miembro:	
Número de teléfono:	
Número de fax: (si aplica)	
Dirección donde recibe su correo:	Dirección:
Ciudad, estado, código postal:	Ciudad: Estado: Código postal:
¿Incluyó documentación de nombramiento de representante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, es una organización de Medicare Advantage con contratos de Medicare y Medi-Cal. La inscripción en CalOptima Health OneCare depende de la renovación de los contratos. CalOptima Health OneCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare gratuitamente al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Visítenos en www.caloptima.org/OneCare.

Anexos:

- Aviso de disponibilidad y Aviso de no discriminación