



## Formulario para solicitar el pago de medicamentos recetados

### Información del miembro

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

### Solicitud de pago 1: información del medicamento recetado

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

## Solicitud de pago 2: información del medicamento recetado

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

## Solicitud de pago 3: información del medicamento recetado

<b>Nombre del medicamento:</b>	
<b>Concentración del medicamento:</b> (si lo sabe)	
<b>Cantidad surtida del medicamento:</b> (si lo sabe)	
<b>Fecha que fue surtido el medicamento recetado:</b>	
<b>Cantidad que pagó:</b>	\$
<b>Nombre de la farmacia:</b>	
<b>Teléfono de la farmacia:</b>	
<b>¿Por qué pagó por este medicamento?</b>	
<b>¿Incluyó el recibo?</b>	<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 Complete (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 Complete 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**.

<b>Nombre (nombre y apellido):</b>	
<b>Relación con el miembro:</b>	
<b>Número de teléfono:</b>	
<b>Número de fax: (si aplica)</b>	
<b>Dirección donde recibe su correo:</b>	Dirección:
<b>Ciudad, estado, código postal:</b>	Ciudad: Estado:                      Código postal:
<b>¿Incluyó documentación de nombramiento de representante?</b>	<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](http://www.caloptima.org/OneCare).

Anexos:

- Aviso de disponibilidad y Aviso de no discriminación