

處方藥物付款申請表

會員資訊

姓名 (名字、中間名、姓氏)	
會員卡號碼 (CIN)	
電話號碼：	
居住地址：	地址：
城市、州、郵遞區號：	市： 州： 郵遞區號：
您希望的支票收件地址： (若與居住地址不同)	地址：
城市、州、郵遞區號：	市： 州： 郵遞區號：

付款申請#1：處方藥物資訊

藥物名稱：	
藥物強度：(若已知)	
藥物數量：(若已知)	
按處方單配藥的日期：	
支付金額：	\$
藥房名稱：	
藥房電話號碼：	
您為何付費購買這項藥物？	
您是否附上收據？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

付款申請#2：處方藥物資訊

藥物名稱：	
藥物強度：(若已知)	
藥物數量：(若已知)	
按處方單配藥的日期：	
支付金額：	\$
藥房名稱：	
藥房電話號碼：	
您為何付費購買這項藥物？	
您是否附上收據？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

付款申請#3：處方藥物資訊

藥物名稱：	
藥物強度：(若已知)	
藥物數量：(若已知)	
按處方單配藥的日期：	
支付金額：	\$
藥房名稱：	
藥房電話號碼：	
您為何付費購買這項藥物？	
您是否附上收據？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

若您的申請超過3項，請視需要附加其他頁面。
本人確認，據本人所知，本申請表上的資訊正確無誤。

提交申請予：

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

簽名： _____

日期： _____

申請人資訊

僅當提出申請者並非會員時，「才」填寫本頁面。

處方開立者可代表會員提出此申請。如果提出此申請者是另一位人士 (例如家庭成員或朋友)，則該位人士必須是會員的代表人。

附上經授權代表會員的證明文件 (已填妥的代表授權表CMS-1696或是同等書面文件)。如需選擇代表人的詳細資訊，請洽CalOptima Health OneCare Flex Plus客戶服務部，電話是 **1-877-412-2734**，服務時間為每週7天，每天24小時。TTY專線使用者請撥打**711**。您也可以致電**1-800-MEDICARE**。

姓名 (名字、中間名、姓氏)	
與會員的關係：	
電話號碼：	
傳真號碼：(若適用)	
郵件收件地址：	地址：
城市、州、郵遞區號：	市： 州： 郵遞區號：
您是否附上代表證明文件？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, 是一個有 Medicare 和 Medi-Cal 合約的 Medicare Advantage 的組織。CalOptima Health OneCare 的投保取決於合約的續簽。CalOptima Health OneCare 遵守適用的聯邦民權法，不因種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別而歧視別人。請致電 CalOptima Health OneCare 客戶服務部門免費電話 **1-877-412-2734** (TTY **711**)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。請瀏覽我們的網站 www.caloptima.org/OneCare。

內附：

- 禁止歧視聲明和可用性通知插頁