

Запрос на оплату №2: Информация о рецептурных лекарствах

Название лекарства:	
Дозировка лекарства: (если известна)	
Количество лекарства: (если известно)	
Дата выдачи рецепта:	
Сумма оплаты:	\$
Название аптеки:	
Номер телефона аптеки:	
Почему вы оплатили это лекарство?	
Вы приложили квитанцию?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Запрос на оплату №3: Информация о рецептурных лекарствах

Название лекарства:	
Дозировка лекарства: (если известна)	
Количество лекарства: (если известно)	
Дата выдачи рецепта:	
Сумма оплаты:	\$
Название аптеки:	
Номер телефона аптеки:	
Почему вы оплатили это лекарство?	
Вы приложили квитанцию?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Если у вас более 3 запросов, приложите, пожалуйста, дополнительные страницы по мере необходимости.

Я подтверждаю, что информация, указанная в этой форме запроса, является точной в меру моих знаний.

Отправить запрос по адресу:

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP)
Возмещение Расходов на Управление аптекой
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
По факсу: 1-858-357-2556

Подпись: _____

Дата: _____

