



OneCare
CalOptima Health

Форма запроса на оплату рецептурных лекарств

Информация об участнике

Имя (Имя, Отчество, Фамилия):	
Идентификатор участника (CIN):	
Номер телефона:	
Адрес, по которому вы проживаете:	Адрес:
Город, штат, почтовый индекс:	Город: Штат: Почтовый индекс:
Адрес, по которому вы хотите получить ваш чек: (если отличается от адреса вашего проживания)	Адрес:
Город, штат, почтовый индекс:	Город: Штат: Почтовый индекс:

Запрос на оплату №1: 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?	☐ Да ☐ Нет

H5433 25IRPD002TR C

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?	☐ Да ☐ 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?	☐ Да ☐ 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 Flex Plus (HMO D-SNP)
Возмещение Расходов на Управление аптекой
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
По факсу: 1-858-357-2556

Подпись: _____

Дата: _____

Информация о заявителе

Заполняйте эту страницу ТОЛЬКО если запрос подаёт лицо, не являющееся участником программы.

Врачи могут подать этот запрос от имени участника. Если запрос подаёт другое лицо (например, член семьи или друг), это лицо должно быть представителем участника программы.

Прикрепите документы, подтверждающие полномочия представлять участника (заполненную форму Авторизации представительства CMS-1696 или аналогичный письменный документ). Для получения дополнительной информации о выборе представителя свяжитесь со CalOptima Health OneCare Flex Plus Службой поддержки клиентов в **1-877-412-2734**, 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Пользователям TTY следует звонить по **номеру 711**. Вы также можете позвонить по **номеру 1-800-MEDICARE**.

Имя (Имя, Отчество, Фамилия):	
Отношение к участнику программы:	
Номер телефона:	
Номер факса: (если применимо)	
Адрес, по которому вы получаете почту:	Адрес:
Город, штат, почтовый индекс:	Город: Штат: Почтовый индекс:
Вы приложили документы, подтверждающие полномочия представительства?	☐ Да ☐ Нет

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan— это организация Medicare Advantage, имеющая контракты с Medicare и Medi-Cal. Запись в CalOptima Health OneCare зависит от продления контракта. CalOptima Health OneCare соблюдает применимые федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола. Позвоните в службу поддержки клиентов CalOptima Health OneCare по бесплатному телефону **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Посетите нас www.caloptima.org/OneCare.

Приложения:

- Вкладыш: Уведомление о доступности и уведомление о недопущении дискриминации