처방약 지불 요청 양식

회원 정보

이름(이름, 중간 이름, 성):	
회원 ID(CIN) 번호:	
전화번호:	
귀하가 거주하는 주소:	주소:
시, 주, 우편번호:	시: 주: 우편번호:
귀하의 수표를 받기 원하는 주소: (귀하가 거주하는 곳과 다를 경우)	주소:
시, 주, 우편번호:	시: 주: 우편번호:

지불 요청 #1: 처방약 정보

약품 이름:	
약품의 강도: (알고 있는 경우)	
약품의 수량: (알고 있는 경우)	
처방전이 조제된 날짜:	
지불된 금액:	$
약국 이름:	
약국 전화번호:	
이 약품을 지불한 이유는 무엇입니까?	
영수증을 첨부하셨습니까?	☐ 예 ☐ 아니요

지불 요청 #2: 처방약 정보

약품 이름:	
약품의 강도: (알고 있는 경우)	
약품의 수량: (알고 있는 경우)	
처방전이 조제된 날짜:	
지불된 금액:	$
약국 이름:	
약국 전화번호:	
이 약품을 지불한 이유는 무엇입니까?	
영수증을 첨부하셨습니까?	☐ 예 ☐ 아니요

지불 요청 #3: 처방약 정보

약품 이름:	
약품의 강도: (알고 있는 경우)	
약품의 수량: (알고 있는 경우)	
처방전이 조제된 날짜:	
지불된 금액:	$
약국 이름:	
약국 전화번호:	
이 약품을 지불한 이유는 무엇입니까?	
영수증을 첨부하셨습니까?	☐ 예 ☐ 아니요

3개 이상의 요청이 있는 경우, 필요한 만큼 추가 용지를 첨부하십시오.

본 요청 양식에 적힌 정보는 제가 아는 한 정확하다는 것을 증명합니다.

요청을 다음으로 제출하십시오.
CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP)
Pharmacy Management Reimbursement
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
팩스: 1-858-357-2556

서명:_____

날짜: _____

신청자 정보

요청한 사람이 회원이 아닌 경우에만 본 페이지를 작성하십시오.

처방인은 회원을 대신해 본 요청을 할 수 있습니다. 요청을 하는 사람이 다른 사람(가족 또는 친구)인 경우, 해당 사람은 회원의 대리인이어야 합니다.

회원을 대신할 권한을 증명하는 문서(작성이 완료된 대리인 승인 양식 CMS-1696 또는 이와 유사한 서면 문서)를 첨부하십시오. 대리인을 선택하는 데 더 많은 정보가 필요한 경우, **1-877-412-2734**번을 이용해 주 7일, 하루 24시간 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스로 문의하십시오. TTY 사용자는 **711**번으로 전화하셔야 합니다. 귀하는 또한 **1-800-MEDICARE**번으로 전화하실 수 있습니다.

이름(이름, 중간 이름, 성):	
회원과의 관계:	
전화번호:	
팩스 번호: (해당되는 경우)	
우편물을 받는 주소:	주소:
시, 주, 우편번호:	시: 주: 우편번호:
대리인 서류를 첨부하셨습니까?	☐ 예 ☐ 아니요

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 은 Medicare 와 계약을 맺은 Medicare Advantage 조직입니다. CalOptima Health OneCare 에 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다. CalOptima Health OneCare 는 민권에 해당되는 연방정부 법률에 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별때문에 사람들을 차별대우하지 않습니다. CalOptima Health OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734**(TTY **711**)번으로 주 7 일, 24 시간 연락하십시오. **www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.

동봉:

- 가용성 공지 및 차별 금지 공지 삽입