

## نموذج طلب الدفع للأدوية الموصوفة

### معلومات العضو

	الاسم (الأول، الأوسط، العائلة):
	تاريخ الميلاد:
	رقم تعريف العضو (CIN):
	رقم الهاتف:
العنوان: المدينة: الولاية: الرمز البريدي:	العنوان الذي تسكن به:
العنوان: المدينة: الولاية: الرمز البريدي:	العنوان الذي تريد استلام الشيك فيه: (إذا كان يختلف عن المكان الذي تسكن به)

### طلب الدفع رقم 1: معلومات عن الدواء الموصوف

	اسم الدواء:
	قوة الدواء: (إذا كانت معروفة)
	كمية الدواء: (إذا كانت معروفة)
	تاريخ ملء الوصفة الطبية:
\$	المبلغ المدفوع:
	اسم الصيدلية:
	رقم هاتف الصيدلية:
	لماذا دفعت ثمن هذا الدواء؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل أرفقت الإيصال؟

## طلب الدفع رقم 2: معلومات عن الدواء الموصوف

اسم الدواء:	
قوة الدواء: (إذا كانت معروفة)	
كمية الدواء: (إذا كانت معروفة)	
تاريخ ملء الوصفة الطبية:	
المبلغ المدفوع:	\$
اسم الصيدلية:	
رقم هاتف الصيدلية:	
لماذا دفعت ثمن هذا الدواء؟	
هل أرفقت الإيصال؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

## طلب الدفع رقم 3: معلومات عن الدواء الموصوف

اسم الدواء:	
قوة الدواء: (إذا كانت معروفة)	
كمية الدواء: (إذا كانت معروفة)	
تاريخ ملء الوصفة الطبية:	
المبلغ المدفوع:	\$
اسم الصيدلية:	
رقم هاتف الصيدلية:	
لماذا دفعت ثمن هذا الدواء؟	
هل أرفقت الإيصال؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

إذا كان لديك أكثر من 3 طلبات، يرجى إرفاق صفحات إضافية حسب الحاجة.

أقر بأن المعلومات الواردة في نموذج الطلب هذا صحيحة حسب علمي.

التوقيع:

التاريخ:

أرسل الطلب إلى:

OneCare Connect  
Pharmacy Management Reimbursements  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868  
Fax: 1-858-357-2556

## معلومات الطالب

أكمل هذه الصفحة فقط إذا كان الشخص الذي قدم هذا الطلب ليس هو العضو.

يمكن أن يقوم الواصفون بإجراء هذا الطلب نيابة عن العضو. إذا كان الشخص الذي قدم هذا الطلب هو شخص آخر (مثل فرد من العائلة أو صديق)، فيجب أن يكون هذا الشخص ممثل العضو.

أرفق الوثائق التي تبيّن صلاحية تمثيل العضو (نموذج تفويض التمثيل المكتمل CMS-1696 أو ما يعادله كتابياً). لمعرفة المزيد حول تعيين ممثل، اتصل بخدمة العملاء على الرقم 1-855-705-8823، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TDD/TTY الاتصال على الرقم 1-800-735-2929. يمكنك أيضاً الاتصال على 1-800-MEDICARE.

	الاسم (الأول، الأوسط، العائلة):
	العلاقة بالعضو:
	رقم الهاتف:
	رقم الفاكس: (إن وجد)
العنوان: المدينة: الولاية: الرمز البريدي:	العنوان الذي تحصل علي البريد عليه:
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	هل أرفقت وثائق التمثيل؟

إن OneCare Connect Cal MediConnect (خطة Medicare-Medicaid) هي خطة صحية متعاقدّة مع كل من Medicare و Medi-Cal لتقديم مزايا كلا البرنامجين للمُسجلين. تمثّل Connect OneCare لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميّز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. يُرجى الاتصال برقم خدمة العملاء لدينا على 1-855-705-8823، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. يمكن لمستخدمي TDD/TTY الاتصال على الرقم 1-800-735-2929.

**English:** ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).

**Spanish:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).

**Chinese:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929)

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.  
1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929)번으로 전화해 주십시오.

**Farsi:**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.  
باشماره 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929) تماس بگیرید.

**Arabic:**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل على الرقم 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).