

處方藥付款申請表

會員信息

| | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| 姓名 (名, 中間名, 姓) : | |
| 生日 : | |
| 會員 ID (CIN) : | |
| 電話號碼 : | |
| 居住地址 : | 地址 : 城市 : 州 : 郵編 : |
| 您希望收到支票的地址 : (如果與您居住的地址不同) | 地址 : 城市 : 州 : 郵編 : |

付款請求#1: 處方藥物信息

| | |
|---------------|---|
| 藥物名稱 | |
| 藥物強度 : (如果已知) | |
| 藥物數量 : (如果已知) | |
| 配取處方藥物日期 : | |
| 支付金額 : | \$ |
| 藥房名稱 : | |
| 藥房電話號碼 : | |
| 您為何為此藥物支付 ? | |
| 您附上收據了嗎 ? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

付款請求#2: 處方藥物信息

| | |
|-------------|--|
| 藥物名稱 | |
| 藥物強度：(如果已知) | |
| 藥物數量：(如果已知) | |
| 配取處方藥物日期： | |
| 支付金額： | \$ |
| 藥房名稱： | |
| 藥房電話號碼： | |
| 您為何為此藥物支付？ | |
| 您附上收據了嗎？ | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

付款請求#3: 處方藥物信息

| | |
|-------------|--|
| 藥物名稱 | |
| 藥物強度：(如果已知) | |
| 藥物數量：(如果已知) | |
| 配取處方藥物日期： | |
| 支付金額： | \$ |
| 藥房名稱： | |
| 藥房電話號碼： | |
| 您為何為此藥物支付？ | |
| 您附上收據了嗎？ | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

如果您有超過 3 個請求，請根據需要附加頁面。

本人謹此證明，就本人所知，此申請表上的資料均屬正確。

將請求提交至：

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

簽字：

日期：

申請人信息

僅當發出此申請的人**不是**會員時，才需完成此頁面。

處方醫生可以代表會員提出此請求。如果提出此請求的是另一個人(如家庭成員或朋友)，則此人必須是該會員的代表人。

附上顯示代表該會員的權限的文檔(一份填寫完整的代表授權表格 CMS-1696 或同等書面授權)。要瞭解有關任命代表的更多詳細資訊，請撥打 1-855-705-8823 聯繫客戶服務，每週 7 天、每天 24 小時。TDD/TTY 用戶請撥打 1-800-735-2929。您也可以撥打 **1-800-MEDICARE**。

| | |
|--------------|---|
| 姓名(名，中間名，姓)： | |
| 與會員的關係： | |
| 電話號碼： | |
| 傳真號碼：(如果適用) | |
| 收件地址： | 地址： 城市： 州： 郵編： |
| 你是否附上代表人文件： | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

OneCare Connect Cal MediConnect 計劃 (Medicare-Medicaid 計劃) 是與 Medicare 和 Medi-Cal 簽約的醫療計劃，旨在向計劃參保者提供這兩項計劃的福利。OneCare Connect 遵守適用的聯邦民權法，不會基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別等理由而歧視他人。請撥打客戶服務部門電話 **1-855-705-8823**，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TDD/TTY 專線使用者請撥打 **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 بلغة أخرى غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل علي الرقم

1-855-705-8823 (الهاتف النصي/خط الاتصال لضعاف السمع TTY: 1-800-735-2929).