

فرم درخواست پرداخت داروهای تجویزی

اطلاعات عضو

	نام (نام کوچک، میانی، خانوادگی):
	شناسه عضو (CIN):
	شماره تلفن:
نشانی:	آدرس محل زندگی شما:
شهر: ایالت: زیپکد:	شهر، ایالت، زیپکد:
نشانی:	آدرسی که می‌خواهید چک خود را به آن آدرس دریافت کنید: (اگر با محل زندگی شما فرق دارد)
شهر: ایالت: زیپکد:	شهر، ایالت، زیپکد:

درخواست پرداخت شماره 1: اطلاعات داروهای تجویزی

	نام دارو:
	قدرت دارو: (در صورتی که شناخته شده باشد)
	میزان دارو: (در صورتی که شناخته شده باشد)
	تاریخی که داروهای نسخه گرفته شد:
\$	مبلغ پرداختی:
	نام داروخانه:
	شماره تلفن داروخانه:
	چرا برای این دارو هزینه پرداخت کردید؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا رسید را ضمیمه کردید؟

درخواست پرداخت شماره 2: اطلاعات داروی تجویزی

	نام دارو:
	قدرت دارو: (در صورتی که شناخته شده باشد)
	میزان دارو: (در صورتی که شناخته شده باشد)
	تاریخی که داروهای نسخه گرفته شد:
\$	مبلغ پرداختی:
	نام داروخانه:
	شماره تلفن داروخانه:
	چرا برای این دارو هزینه پرداخت کردید؟
	آیا رسید را ضمیمه کردید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

درخواست پرداخت شماره 3: اطلاعات داروی تجویزی

	نام دارو:
	قدرت دارو: (در صورتی که شناخته شده باشد)
	میزان دارو: (در صورتی که شناخته شده باشد)
	تاریخی که داروهای نسخه گرفته شد:
\$	مبلغ پرداختی:
	نام داروخانه:
	شماره تلفن داروخانه:
	چرا برای این دارو هزینه پرداخت کردید؟
	آیا رسید را ضمیمه کردید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

اگر بیش از 3 درخواست دارید، لطفاً صفحات دیگری را طبق نیاز پیوست کنید.
من گواهی می‌دهم که اطلاعات این فرم درخواست تا جایی که می‌دانم صحیح است.

<p>فکس: 1-858-357-2556</p>	<p>درخواست را به نشانی ذیل ارسال کنید: CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP) Pharmacy Management Reimbursements</p>
--------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

_____امضا:

_____تاریخ:

اطلاعات درخواست‌کننده

این صفحه را فقط در صورتی تکمیل کنید که شخصی که این درخواست را مطرح می‌کند عضو نباشد.

تجویزکنندگان می‌توانند این درخواست را از طرف عضو ارائه دهند. اگر شخصی که این درخواست را ارائه می‌کند فرد دیگری باشد (مانند یکی از اعضای خانواده یا دوستان)، آن فرد باید نماینده آن عضو باشد.

اسناد دال بر اختیار وکالت از عضو را ضمیمه کنید (فرم تکمیل‌شده مجوز وکالت CMS-1696 یا یک سند کتبی مشابه). برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد انتخاب نماینده، با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Flex Plus به شماره 1-877-412-2734، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE تماس بگیرید.

نام (نام کوچک، میانی، خانوادگی):	
نسبت با عضو:	
شماره تلفن:	
شماره فکس: (در صورت وجود)	
آدرس محل دریافت نامه:	نشانی:
شهر، ایالت، زیپکد:	شهر: ایالت: زیپکد:
آیا اسناد مربوط به وکالت را پیوست کردید؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

Medicare Advantage OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan CalOptima Health تحت قرارداد Medicare و Medi-Cal است. ثبت نام در برنامه CalOptima Health OneCare به تمدید فرار بستگی دارد. CalOptima Health OneCare از قوانین قابل اجرا حقوق مدنی فدرال پیروی کرده و براساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، سن، معلولیت یا جنسیت تبعیض قائل نمی‌شود. با بخش خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare با شماره رایگان 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. به وبسایت ما www.caloptima.org/OneCare مراجعه کنید.

ضمیمه ها

• اعلامیه عدم تبعیض و اطلاعیه دسترسی به خدمات زبانی