

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 첨부하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 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 첨부하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 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 첨부하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 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 Flex Plus (HMO D-SNP)

Pharmacy Management Reimbursement

505 City Parkway West

Orange, CA 92868

팩스: 1-858-357-2556

서명: _____

날짜: _____

