

Formulario para solicitar el pago de medicamentos con receta

Información del miembro

Nombre (nombre y apellido):	
Identificación del miembro (CIN):	
Teléfono:	
Dirección donde vive:	Dirección:
Ciudad, estado, código postal:	Ciudad: Estado: Código postal:
Dirección donde quiere recibir el cheque: (si es diferente a la dirección donde vive)	Dirección:
Ciudad, estado, código postal:	Ciudad: Estado: Código postal:

Solicitud de pago 1: información del medicamento con receta

Nombre del medicamento:	
Concentración del medicamento: (si lo sabe)	
Cantidad surtida: (si lo sabe)	
Fecha que fue surtido el medicamento:	
Cantidad que pagó:	\$
Nombre de la farmacia:	
Teléfono de la farmacia:	
¿Por qué pagó por este	

medicamento?	
¿Incluyó el recibo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Solicitud de pago 2: información del medicamento con receta

Nombre del medicamento:	
Concentración del medicamento: (si lo sabe)	
Cantidad surtida: (si lo sabe)	
Fecha que fue surtido el medicamento:	
Cantidad que pagó:	\$
Nombre de la farmacia:	
Teléfono de la farmacia:	
¿Por qué pagó por este medicamento?	
¿Incluyó el recibo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Solicitud de pago 3: información del medicamento con receta

Nombre del medicamento:	
Concentración del medicamento: (si lo sabe)	
Cantidad surtida: (si lo sabe)	
Fecha que fue surtido el medicamento:	
Cantidad que pagó:	\$
Nombre de la farmacia:	
Teléfono de la farmacia:	
¿Por qué pagó por este medicamento?	
¿Incluyó el recibo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si tiene más de 3 solicitudes, por favor adjunte páginas adicionales si es necesario.

Yo certifico que la información en este formulario es correcta a mi saber y entender.

Envíe su solicitud a:
OneCare (HMO SNP)
Pharmacy Management Reimbursements
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
Fax: 1-858-357-2556

Firma: _____

Fecha: _____

Información del solicitante

Llene esta página SOLAMENTE si la persona solicitando el pago no es el miembro.

El médico que recetó el medicamento puede llenar el formulario a nombre del miembro. Si la persona presentando este formulario es otro individuo (como pariente o amigo del miembro), tal persona debe ser el representante autorizado del miembro.

Adjunte documentación que compruebe su autoridad de representar al miembro (un Formulario de nombramiento de representante CMS-1696 o su equivalente por escrito). Para más información sobre cómo nombrar a un representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-412-2734**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al **1-800-735-2929**. También puede llamar al **1-800-MEDICARE**.

Nombre (nombre y apellido):	
Relación con el miembro:	
Teléfono:	
Fax: (si aplica)	
Dirección donde recibe su correo:	Dirección:
Ciudad, estado código postal:	Ciudad: Estado: Código postal:
¿Incluyó documentación de nombramiento de representante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

OneCare (HMO SNP) es una organización de Medicare Advantage con contratos de Medicare y con el programa de Medi-Cal (Medicaid) en California. La inscripción en OneCare depende en la renovación de los contratos.

This information is available for free in other languages. Please call our Customer Service number at 1-877-412-2734, 24 hours, 7 days a week, for additional information. (TDD/TTY users should call 1-800-735-2929).

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Para más información, por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-877-412-2734, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. (Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al 1-800-735-2929).

Thông tin này cũng có sẵn miễn phí bằng những ngôn ngữ khác. Xin vui lòng liên lạc Văn Phòng Dịch Vụ của chúng tôi qua số điện thoại 1-877-412-2734 để biết thêm chi tiết. (Thành viên sử dụng máy TDD/TTY có thể liên lạc qua số 1-800-735-2929). Quý vị có thể liên lạc 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.