

Mẫu Đơn Yêu Cầu Trả Tiền Các Loại Thuốc Theo Toa

Thông Tin Thành Viên

Tên (Tên, Tên Đệm, Họ):	
Số ID Thành Viên (CIN):	
Số Điện Thoại:	
Địa chỉ nơi quý vị sống:	Địa Chỉ:
Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Bưu Điện:	Thành Phố: Tiểu Bang: Mã Bưu Điện:
Địa chỉ nơi quý vị muốn nhận ngân phiếu: (nếu khác nơi quý vị đang sống)	Địa Chỉ:
Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Bưu Điện:	Thành Phố: Tiểu Bang: Mã Bưu Điện:

Yêu Cầu Trả Tiền Số 1: Thông Tin Thuốc Theo Toa

Tên của thuốc:	
Liều lượng của thuốc: (nếu biết)	
Số lượng thuốc: (nếu biết)	
Ngày lấy thuốc:	
Số tiền đã trả:	\$
Tên Nhà Thuốc:	
Số Điện Thoại Của Nhà Thuốc:	
Lý do quý vị trả tiền cho loại thuốc này?	

Quý vị có gửi kèm hóa đơn không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
---	--

Yêu Cầu Trả Tiền Số 2: Thông Tin Thuốc Theo Toa

Tên của thuốc:	
Liều lượng của thuốc: (nếu biết)	
Số lượng thuốc: (nếu biết)	
Ngày lấy thuốc:	
Số tiền đã trả:	\$
Tên Nhà Thuốc:	
Số Điện Thoại Của Nhà Thuốc:	
Lý do quý vị trả tiền cho loại thuốc này?	
Quý vị có gửi kèm hóa đơn không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Yêu Cầu Trả Tiền Số 3: Thông Tin Thuốc Theo Toa

Tên của thuốc:	
Liều lượng của thuốc: (nếu biết)	
Số lượng thuốc: (nếu biết)	
Ngày lấy thuốc:	
Số tiền đã trả:	\$
Tên Nhà Thuốc:	
Số Điện Thoại Của Nhà Thuốc:	
Lý do quý vị trả tiền cho loại thuốc này?	
Quý vị có gửi kèm hóa đơn không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Nếu quý vị có nhiều hơn 3 yêu cầu, xin đính kèm thêm giấy nếu cần.

Tôi xác nhận thông tin trong mẫu đơn yêu cầu này là đúng theo những gì tôi biết.

Nộp yêu cầu này đến:

OneCare (HMO SNP)

Pharmacy Management Reimbursements

505 City Parkway West

Orange, CA 92868

Số Fax: 1-858-357-2556

Chữ Ký: _____

Ngày: _____

Thông Tin của Người Yêu Cầu

CHỈ điền hoàn tất trang này nếu người thực hiện yêu cầu này không phải là thành viên .

Người viết toa có thể thay thế thành viên thực hiện yêu cầu này. Nếu người thực hiện yêu cầu này là một người khác (ví dụ như gia đình của thành viên hoặc bạn bè), thì người đó phải là người đại diện của thành viên.

Xin đính kèm tài liệu cho thấy sự cho phép đại diện cho thành viên (một Mẫu Đơn Cho Phép Được Đại Diện CMS-1696 hoặc văn bản tương đương). Để biết thêm chi tiết về việc chỉ định người đại diện, xin liên lạc Văn Phòng Dịch Vụ ở số **1-877-412-2734**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Thành viên sử dụng máy TDD/TTY nên gọi số **1-800-735-2929**. Quý vị cũng có thể gọi **1-800-MEDICARE**.

Tên (Tên, Chữ Lót, Họ):	
Mối quan hệ với Thành Viên:	
Số Điện Thoại:	
Số Fax: (Nếu có)	
Địa chỉ nơi quý vị nhận thư:	Địa chỉ:
Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Bưu Điện:	Thành Phố: Tiểu Bang: Mã Bưu Điện:
Quý vị có gửi kèm tài liệu của việc đại diện không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

OneCare (HMO SNP) là một chương trình Medicare Advantage có hợp đồng với Medicare và chương trình Medi-Cal (Medicaid) của California. Việc ghi danh gia nhập vào OneCare tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

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, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, để biết thêm chi tiết. (Thành viên sử dụng máy TDD/TTY có thể liên lạc qua số 1-800-735-2929).