

## Formulario para solicitar el pago de medicamentos con receta

### Información del miembro

|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre (nombre y apellido):</b>  |   |
| <b>Fecha de nacimiento:</b>   |   |
| <b>Identificación del miembro (CIN):</b>  |   |
| <b>Número de teléfono:</b>  |   |
| <b>Dirección donde vive:</b>  | Dirección:<br>Ciudad:<br>Estado:           Código postal: |
| <b>Dirección donde quiere recibir el cheque:</b><br>(si es diferente a la dirección donde vive) | Dirección:<br>Ciudad:<br>Estado:           Código postal: |

### Solicitud de pago 1: información del medicamento con receta

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

## Solicitud de pago 2: información del medicamento con receta

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

## Solicitud de pago 3: información del medicamento con receta

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

Si tiene más de 3 solicitudes, adjunte páginas adicionales al ser necesario.

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

Envíe su solicitud a:

OneCare Connect  
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 presentar el formulario de solicitud a nombre del miembro. Si la persona presentando este formulario es otra persona (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 **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. También puede llamar al **1-800-MEDICARE**.

|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre (nombre y apellido):</b>                              |  |
| <b>Relación con el miembro:</b>                                 |  |
| <b>Número de teléfono:</b>                                      |  |
| <b>Número de fax: (si aplica)</b>                               |  |
| <b>Dirección donde recibe su correo:</b>                        | Dirección:<br>Ciudad:<br>Estado:                      Código postal: |
| <b>¿Incluyó documentación de nombramiento de representante?</b> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No              |

OneCare Connect Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para ofrecer los beneficios de ambos programas a sus afiliados. OneCare Connect cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **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**).