

## Mẫu Đơn Yêu Cầu Trả Tiền Cho Các Loại Thuốc Theo Toa

### Thông Tin Thành Viên

<b>Tên (Tên, Tên lót, Họ):</b>	
<b>Ngày sinh:</b>	
<b>Số ID Thành viên (CIN):</b>	
<b>Số điện thoại:</b>	
<b>Địa chỉ nơi quý vị sống:</b>	Địa chỉ: Thành phố: Tiểu bang:                      Mã số vùng:
<b>Địa chỉ nơi quý vị muốn nhận chi phiếu:</b> (nếu khác nơi quý vị đang sống)	Địa chỉ: Thành phố: Tiểu bang:                      Mã số vùng:

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

<b>Tên của thuốc:</b>	
<b>Độ mạnh của thuốc:</b> (nếu biết)	
<b>Số lượng thuốc:</b> (nếu biết)	
<b>Ngày lấy thuốc theo toa:</b>	/  /
<b>Số tiền đã trả:</b>	\$
<b>Tên nhà thuốc:</b>	
<b>Số điện thoại của nhà thuốc:</b>	
<b>Lý do quý vị đã trả tiền cho loại thuốc này?</b>	
<b>Quý vị có đính kèm biên nhận không?</b>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

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

<b>Tên của thuốc:</b>	
<b>Độ mạnh của thuốc:</b> (nếu biết)	
<b>Số lượng thuốc:</b> (nếu biết)	
<b>Ngày lấy thuốc theo toa:</b>	/ /
<b>Số tiền đã trả:</b>	\$
<b>Tên nhà thuốc:</b>	
<b>Số điện thoại của nhà thuốc:</b>	
<b>Lý do quý vị đã trả tiền cho loại thuốc này?</b>	
<b>Quý vị có đính kèm biên nhận không?</b>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

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

<b>Tên của thuốc:</b>	
<b>Độ mạnh của thuốc:</b> (nếu biết)	
<b>Số lượng thuốc:</b> (nếu biết)	
<b>Ngày lấy thuốc theo toa:</b>	/ /
<b>Số tiền đã trả:</b>	\$
<b>Tên nhà thuốc:</b>	
<b>Số điện thoại của nhà thuốc:</b>	
<b>Lý do quý vị đã trả tiền cho loại thuốc này?</b>	
<b>Quý vị có đính kèm biên nhận không?</b>	<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.

Xin nộp yêu cầu này đến:

OneCare Connect

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 thực hiện yêu cầu này thay cho thành viên. Nếu người thực hiện yêu cầu này là một người khác (ví dụ như thành viên trong gia đình hoặc bạn bè), thì người đó phải là người đại diện của thành viên.

Xin đính kèm tài liệu cho thấy sự cho phép để đại diện cho thành viên (Mẫu Đơn Cho Phép Được Đại Diện CMS-1696 hoặc văn bản tương đương đã được điền hoàn tất). Để biết thêm chi tiết về việc chỉ định người đại diện, xin liên lạc Văn Phòng Dịch Vụ ở số **1-855-705-8823**, 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**.

<b>Tên (Tên, Tên Lót, Họ):</b>	
<b>Mối quan hệ với thành viên:</b>	
<b>Số điện thoại:</b>	
<b>Số fax: (nếu có)</b>	
<b>Địa chỉ nơi quý vị nhận thư:</b>	Địa chỉ: Thành phố: Tiểu bang:                      Mã số vùng:
<b>Quý vị có đính kèm tài liệu cho phép được đại diện không?</b>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

OneCare Connect Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) là một chương trình y tế có hợp đồng với Medicare và Medi-Cal để cung cấp các phúc lợi của cả hai chương trình cho các tham dự viên. OneCare Connect tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính. Xin gọi cho Văn Phòng Dịch Vụ của chúng tôi ở số **1-855-705-8823**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Thành viên sử dụng máy TDD/TTY có thể gọi số **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 على الرقم

1-855-705-8823 (الهاتف النصي/خط الاتصال لضعاف السمع TTY: 1-800-735-2929).