

Mẫu Đơn Yêu Cầu Chi Trả Thuốc Theo Toa

Thông Tin của Thành Viên

Tên (Tên, Tên lót, Họ):	
Số ID Thành viên (CIN):	
Số điện thoại:	
Địa chỉ nơi quý vị cư ngụ:	Địa chỉ:
Thành phố, Tiểu bang, Mã số vùng:	Thành phố: Tiểu bang: Mã số vùng:
Địa chỉ nơi quý vị muốn nhận chi phiếu: (nếu khác với nơi quý vị cư ngụ)	Địa chỉ:
Thành phố, Tiểu bang, Mã số vùng:	Thành phố: Tiểu bang: Mã số vùng:

Yêu Cầu Thanh Toán thứ 1: Thông Tin về Thuốc Theo Toa

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

Yêu Cầu Thanh Toán thứ 2: Thông Tin về Thuốc Theo Toa

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

Yêu Cầu Thanh Toán thứ 3: Thông Tin về Thuốc Theo Toa

Tên thuốc:	
Độ mạnh của thuốc: (nếu biết)	
Số lượng thuốc: (nếu biết)	
Ngày lấy thuốc theo toa:	
Số tiền đã trả:	\$
Tên Nhà thuốc:	
Số điện thoại của Nhà thuốc:	
Tại sao quý vị đã trả tiền cho loại thuốc này?	
Quý vị có đính kèm biên nhận 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 rằng thông tin trên mẫu đơn yêu cầu này là đúng với những gì tôi biết.

Gửi mẫu đơn này đến:

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP)
Pharmacy Management Reimbursement
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
Số fax: 1-858-357-2556

Ký tên: _____

Ngày: _____

Thông Tin của Người Yêu Cầu

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

Người kê toa có thể thực hiện yêu cầu này thay cho tham dự viên. Nếu người thực hiện yêu cầu này là một người khác (như người thân trong gia đình hoặc bạn bè) thì người đó phải là người đại diện của tham dự viên.

Xin đính kèm tài liệu về quyền được đại diện cho thành viên (một Mẫu đơn Cho phép Đại diện CMS-1696 được điền đầy đủ hoặc một văn bản tương tự). Để biết thêm thông tin về việc chọn người đại diện, xin liên lạc với văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health OneCare Flex Plus ở số **1-877-412-2734**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số **711**. Quý vị cũng có thể gọi số **1-800-MEDICARE**.

Tên (Tên, Tên 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 số vùng:	Thành phố: Tiểu bang: Mã số vùng:
Quý vị có đính kèm tài liệu về việc đại diện không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, là một chương trình Medicare Advantage có hợp đồng với Medicare và Medi-Cal. Việc ghi danh gia nhập CalOptima Health OneCare tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. CalOptima Health OneCare 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, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hay giới tính. Xin gọi văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health OneCare ở số miễn phí **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Xin vào trang mạng của chúng tôi tại www.caloptima.org/OneCare.

Đính kèm:

- Phụ Trang Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử và Thông Báo về Khả Năng Cung Cấp Dịch Vụ