



Formulario para solicitar el pago de medicamentos recetados

Información del miembro

Nombre (nombre y apellido):	
Identificación del miembro (CIN):	
Número de 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 recetado

Nombre del medicamento:	
Concentración del medicamento: (si lo sabe)	
Cantidad surtida del medicamento: (si lo sabe)	
Fecha que fue surtido el medicamento recetado:	
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 recetado

Nombre del medicamento:	
Concentración del medicamento: (si lo sabe)	
Cantidad surtida del medicamento: (si lo sabe)	
Fecha que fue surtido el medicamento recetado:	
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 recetado

Nombre del medicamento:	
Concentración del medicamento: (si lo sabe)	
Cantidad surtida del medicamento: (si lo sabe)	
Fecha que fue surtido el medicamento recetado:	
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, adjunte páginas adicionales al ser necesario.

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

Envíe su solicitud a:
OneCare (HMO D-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.

Un proveedor recetante puede presentar esta el formulario de solicitud a nombre del miembro. Si la persona que presenta este formulario es otra persona (como pariente o amigo), 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 un documento equivalente por escrito). Para obtener más información sobre cómo escoger a un representante, llame a Servicios para Miembros de OneCare al **1-877-412-2734**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TTY pueden llamar al **711**. También puede llamar al **1-800-MEDICARE**.

Nombre (nombre y apellido):	
Relación con el miembro:	
Número de teléfono:	
Número de 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 D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en OneCare depende de la renovación del contrato. OneCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Llame a Servicios para Miembros de OneCare gratuitamente al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Anexos:

- Aviso de no discriminación
- Aviso de ayuda lingüística