

## فرم درخواست پرداخت هزینه داروهای نسخه شده

### اطلاعات عضو

	اسم (نام کوچک، نام فامیل) :
	شماره شناسایی (CIN):
	شماره تلفن:
آدرس:	آدرس محل زندگی:
شهر: ایالت: کد پستی:	شهر، ایالت، کدپستی:
آدرس:	آدرسی که میخواهید چک به آن پست شود (اگر مغایر آدرس محل سکونت است): (if different from where you live)
شهر: ایالت: کد پستی:	شهر، ایالت، کدپستی:

### درخواست پرداخت #1: اطلاعات داروی نسخه شده

	نام دارو:
	قدرت دارو (اگر میدانید):
	مقدار دارو (اگر میدانید):
	تاریخ نوشتن نسخه:
\$	مقدار پرداخت شده:
	نام داروخانه:
	شماره تلفن داروخانه:
	چرا برای این دارو پرداخت کردید؟
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	آیا رسید را ضمیمه کرده اید؟

## درخواست پرداخت #2: اطلاعات داروی نسخه شده

نام دارو:	
قدرت دارو (اگر میدانید):	
مقدار دارو (اگر میدانید):	
تاریخ نوشتن نسخه:	
مقدار پرداخت شده:	\$
نام داروخانه:	
شماره تلفن داروخانه:	
چرا برای این دارو پرداخت کردید؟	
آیا رسید را ضمیمه کرده اید؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

## درخواست پرداخت #3: اطلاعات داروی نسخه شده

نام دارو:	
قدرت دارو (اگر میدانید):	
مقدار دارو (اگر میدانید):	
تاریخ نوشتن نسخه:	
مقدار پرداخت شده:	\$
نام داروخانه:	
شماره تلفن داروخانه:	
چرا برای این دارو پرداخت کردید؟	
آیا رسید را ضمیمه کرده اید؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

اگر بیش از 3 درخواست دارید، لطفا صفحات اضافی دیگری را ضمیمه کنید.

من تایید میکنم که تمام اطلاعات داده شده در این درخواست با نهایت اطلاعاتی که من دارم صحیح میباشد.

درخواست خود را به آدرس زیر بفرستید:

OneCare Connect  
Pharmacy Management Reimbursements  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868  
Fax: 1-858-357-2556

امضاء: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_

## اطلاعات درخواست کننده:

این صفحه را در صورتی کامل کنید که شخص درخواست کننده یکی از اعضا نمایانند.

شخص نسخه کننده میتواند به جای عضو درخواست کند. اگر شخص دیگری درخواست کننده است (مثلا دوست یا عضو خانواده)، آن فرد باید نماینده عضو باشد.

مدارک لازم جهت اثبات داشتن مجوز برای نمایندگی از طرف عضو را ضمیمه نمایید. (فرم کامل شده مجوز نمایندگی CMS-1696 یا نوشته کتبی مشابه). برای اطلاعات بیشتر در مورد انتخاب نماینده، با خدمات مشتریان با شماره **1-855-705-8823**، در طی 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس حاصل کنید. کاربران TDD/TTY میتوانند با شماره **1-800-735-2929** تماس حاصل نمایند. همچنین میتوانید با شماره **1-800-MEDICARE** تماس بگیرید.

اسم (نام کوچک، نام فامیل) :	
ارتباط شما با عضو:	
شماره تلفن:	
شماره فکس:	
آدرس محلی که نامه های خود را دریافت میکنید:	آدرس:
شهر، ایالت، کدپستی:	شهر:
	ایالت:
	کد پستی:
آیا مدارک اثبات داشتن مجوز نمایندگی را ضمیمه نموده اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

OneCare Connect یک برنامه خدمات بهداشتی و درمانی است که با هر دو بیمه Medicare و Medi-Cal جهت ارائه مزایای دو برنامه به اعضا قرار داد دارد.

This information is available for free in other languages. Please call our Customer Service number at **1-855-705-8823**, 24 hours a day, 7 days a week. TDD/TTY users can call **1-800-735-2929**.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Por favor 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**.

Thông tin này có sẵn miễn phí bằng những ngôn ngữ khác. Xin vui lòng liên lạc 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 ở số **1-800-735-2929**.

이 정보는 무료로 다른 언어로도 제공됩니다. 저희 고객 서비스 번호 **1-855-705-8823**으로 주 7일 24시간 전화주십시오. TDD/TTY 사용자는 번호 **1-800-735-2929** 로 전화하십시오.

این اطلاعات به طور مجانی، به زبانهای دیگر موجود است. لطفاً با بخش خدمات مشتریان با شماره **1-855-705-8823**، در طول 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس حاصل نمایید. کاربران TDD/TTY میتوانند با شماره **1-800-735-2929** تماس حاصل نمایند.