

처방약 지불 요청 양식

회원 정보

이름 (이름, 미들 네임, 성):	
회원 ID (회원번호):	
전화 번호:	
귀하께서 거주하는 주소:	주소:
시, 주, 우편 번호:	시: 주: 우편 번호:
귀하의 수표가 보내지기 원하는 주소: (만약 거주 주소와 다르다면)	주소:
시, 주, 우편 번호:	시: 주: 우편 번호:

청구 요청 1 번: 처방약 정보

약 이름:	
약의 강도: (안다면)	
약의 양: (안다면)	
처방전이 조제된 날짜:	
지불된 금액:	\$
약국 이름:	
약국 전화 번호:	
귀하께서 약 값을 지불한 이유는 무엇입니까?	
영수증을 동봉 하셨습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

청구 요청 2 번: 처방약 정보

약 이름:	
약의 강도: (안다면)	
약의 양: (안다면)	
처방전이 조제된 날짜:	
지불된 금액:	\$
약국 이름:	
약국 전화 번호:	
귀하께서 약 값을 지불한 이유는 무엇입니까?	
영수증을 동봉 하셨습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

청구 요청 3 번: 처방약 정보

약 이름:	
약의 강도: (안다면)	
약의 양: (안다면)	
처방전이 조제된 날짜:	
지불된 금액:	\$
약국 이름:	
약국 전화 번호:	
귀하께서 약 값을 지불한 이유는 무엇입니까?	
영수증을 동봉 하셨습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

만약 귀하께서 3 가지 이상의 요청이 있다면, 필요하신데로 양식을 추가하십시오.

이 요청 양식에 적힌 정보는 제가 아는 최선의 지식임을 증명합니다.

요청을 보낼 곳:

OneCare Connect

Pharmacy Management Reimbursements

505 City Parkway West

Orange, CA 92868

Fax: 1-858-357-2556

서명: _____

날짜: _____

요청인의 정보

만약 이 요청을 접수하는 사람이 회원이 아닐 경우에만 이 페이지를 작성하십시오.

처방인이 회원을 대신해서 이 요청을 할 수도 있습니다. 만약 이 요청을 접수하는 사람이 다른 사람(가족 또는 친구등)이라면, 그 사람은 회원의 대리인이어야 합니다.

회원 대리인의 승인을 증명하는 서류를 동봉하십시오 (작성된 대리인 승인 (Authorization of Representation) 양식 CMS-1696 또는 동등한 서류). 대리인 임명에 대한 자세한 정보는 고객 서비스 번호 **1-855-705-8823** 으로, 주 7 일 24 시간 전화하십시오. TDD/TTY 사용자는 번호 **1-800-735-2929** 로 전화하십시오. 또한 **1-800-MEDICARE** 로 전화하실 수도 있습니다.

이름(이름, 미들네임, 성):	
회원과의 관계:	
전화 번호:	
팩스 번호: (만약 해당 된다면)	
귀하께서 우편물을 받는 주소:	주소:
시, 주, 우편 번호:	시: 주: 우편 번호:
대리인 서류를 동봉하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

OneCare Connect 는 메디칼 및 메디케어와 계약을 맺고 두 프로그램의 혜택을 가입자들에게 제공하는 건강 플랜입니다.

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 7 일 24 시간 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.