



Formulario para solicitar el pago de medicamentos con receta

Información del miembro

Nombre (nombre y apellido):	
Identificación del miembro (CIN):	
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 con receta

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

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

Nombre del medicamento:	
Concentración del medicamento: (si lo sabe)	
Cantidad surtida: (si lo sabe)	
Fecha que fue surtido el medicamento:	
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, por favor adjunte páginas adicionales si es necesario.

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

Envíe su solicitud a:
OneCare Connect
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.

El médico que recetó el medicamento puede llenar el formulario a nombre del miembro. Si la persona presentando este formulario es otro individuo (como pariente o amigo del miembro), 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 su equivalente por escrito). Para más información sobre cómo nombrar a un representante, 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 pueden llamar al **1-800-735-2929**. También puede llamar al **1-800-MEDICARE**.

Nombre (nombre y apellido):	
Relación con el miembro:	
Teléfono:	
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 Connect es un plan de salud con un contrato de Medicare y Medi-Cal para brindar beneficios de ambos programas a sus afiliados.

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.