

فرم درخواست پرداخت هزینه داروهای نسخه شده

اطلاعات عضو

		اسم (نام کوچک، نام فامیل) :
		تاریخ تولد عضو:
		شماره شناسایی (CIN):
		شماره تلفن :
آدرس محل زندگی:		
آدرس:	شهر:	
ایالت :	کد پستی :	
آدرس:		آدرسی که می‌خواهید چک به آن پست شود(اگر مغایر با آدرس محل سکونت است):
شهر:	ایالت :	
کد پستی :		

درخواست پرداخت #1: اطلاعات داروی نسخه شده

		نام دارو:
		قدرت دارو (اگر میدانید):
		مقدار دارو (اگر میدانید):
/ /		تاریخ دریافت دارو از داروخانه:
\$		مبلغ پرداخت شده:
		نام داروخانه:
		شماره تلفن داروخانه:
		چرا 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 دریافت دارو از داروخانه:	/ /
مبلغ 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 دریافت دارو از داروخانه:	/ /
مبلغ 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 بر اساس حداکثر اطلاعاتی که من دارم صحیح میباشد.

درخواست خود را به آدرس زیر بفرستید:

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

اطلاعات درخواست کننده:

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

شخص نسخه کننده میتواند از جانب 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: کد پستی:
آیا مدارک اثبات داشتن مجوز نمایندگی را ضمیمه نموده اید؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

برنامه OneCare Connect Cal MediConnect (برنامه مدیکر-مدیکید) یک برنامه خدمات بهداشتی و درمانی است که با هر دو بیمه مدیکر و مدیکل جهت ارائه مزایای دو برنامه به اعضا قرارداد دارد. برنامه OneCare Connect طبق قوانین حقوق مدنی دولت، هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، سن، معلولیت یا جنسیت قائل نمیشود. لطفاً طی 24 ساعت شبانه روز، در 7 روز هفته با خدمات مشتریان از طریق شماره 1-855-705-8823 تماس بگیرید. کاربران TDD/TTY می توانند با شماره 1-800-735-2929 تماس بگیرند.

English: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929)

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929)번으로 전화해 주십시오.

Farsi:

توجه: اگر به زبانی غیر از انگلیسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.
باشماره **1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929)** تماس بگیرید.

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث بلغة أخرى غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل علي الرقم
1-855-705-8823 (الهاتف النصي/خط الاتصال لضعاف السمع TTY: 1-800-735-2929)