

처방약 지불 요청 양식

회원 정보

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

청구 요청 1 번: 처방약 정보

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

청구 요청 2 번: 처방약 정보

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

청구 요청 3 번: 처방약 정보

약 이름:	
약의 강도: (알고 있다면)	
약의 양: (알고 있다면)	
처방전이 조제된 날짜:	/ /
지불된 금액:	\$
약국 이름:	
약국 전화 번호:	
귀하께서 약 값을 지불한 이유는 무엇입니까?	
영수증을 동봉하셨습니까?	<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 아닌 경우에만 이 페이지를 작성하십시오.

처방인이 회원을 대신해서 이 요청을 할 수도 있습니다. 만약 이 요청을 제출하는 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 해당된다면)	
귀하께서 우편물을 받는 주소:	주소: 시: 주: 우편 번호:
대리인 서류를 동봉하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

OneCare Connect Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 는 메디케어 및 메디칼과 계약을 맺고 두 프로그램의 혜택을 가입자들에게 제공하는 건강 플랜입니다. OneCare Connect 는 민권에 해당되는 연방정부 법률에 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별때문에 사람들을 차별대우하지 않습니다. 제한, 부담금 및 한도등이 적용될수 있습니다. 저희 고객 서비스 번호 **1-855-705-8823** 으로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. TDD/TTY 사용자는 번호 **1-800-735-2929** 로 전화하십시오.

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**).

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**).

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**)

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 زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با شماره **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 على الرقم **1-855-705-8823** (الهاتف النصي/خط الاتصال لضعاف السمع TTY: **1-800-735-2929**).