Formulario para solicitar el pago de medicamentos recetados

Información del miembro

Nombre (nombre y apellido):	
Identificación del miembro (CIN):	
Número de 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 recetado

Nombre del medicamento:	
Concentración del medicamento: (si lo sabe)	
Cantidad surtida del medicamento: (si lo sabe)	
Fecha que fue surtido el medicamento recetado:	
Cantidad que pagó:	$
Nombre de la farmacia:	
Teléfono de la farmacia:	
¿Por qué pagó por este medicamento?	
¿Incluyó el recibo?	☐ Sí ☐ No

Solicitud de pago 2: información del medicamento recetado

Nombre del medicamento:	
Concentración del medicamento: (si lo sabe)	
Cantidad surtida del medicamento: (si lo sabe)	
Fecha que fue surtido el medicamento recetado:	
Cantidad que pagó:	$
Nombre de la farmacia:	
Teléfono de la farmacia:	
¿Por qué pagó por este medicamento?	
¿Incluyó el recibo?	☐ Sí ☐ No

Solicitud de pago 3: información del medicamento recetado

Nombre del medicamento:	
Concentración del medicamento: (si lo sabe)	
Cantidad surtida del medicamento: (si lo sabe)	
Fecha que fue surtido el medicamento recetado:	
Cantidad que pagó:	$
Nombre de la farmacia:	
Teléfono de la farmacia:	
¿Por qué pagó por este medicamento?	
¿Incluyó el recibo?	☐ Sí ☐ No

Si tiene más de 3 solicitudes, adjunte páginas adicionales al ser necesario.

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

Envíe su solicitud a:
CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP)
Pharmacy Management Reimbursement
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.

Un proveedor recetante puede presentar esta el formulario de solicitud a nombre del miembro. Si la persona que presenta este formulario es otra persona (como pariente o amigo), tal persona debe ser el representante autorizado del miembro.

Adjuntar un formulario CMS-1696 (Autorización de representación debidamente completado o documento equivalente) que demuestre la autorización para representar al miembro. Para obtener más información sobre cómo elegir a un representante, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). También puede llamar al **1-800-MEDICARE.**

Nombre (nombre y apellido):	
Relación con el miembro:	
Número de teléfono:	
Número de fax: (si aplica)	
Dirección donde recibe su correo:	Dirección:
Ciudad, estado, código postal:	Ciudad: Estado: Código postal:
¿Incluyó documentación de nombramiento de representante?	☐ Sí ☐ No

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, es una organización de Medicare Advantage con contratos de Medicare y Medi-Cal. La inscripción en CalOptima Health OneCare depende de la renovación de los contratos. Llame al número gratuito de Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Visítenos en **www.caloptima.org/OneCare**.

Anexos:

- Aviso de disponibilidad y Aviso de no discriminación