# Mẫu Đơn Yêu Cầu Chi Trả Thuốc Theo Toa

## Thông Tin của Thành Viên

| | |
|---|---|
| **Tên (Tên, Tên lót, Họ):** | |
| **Số ID Thành viên (CIN):** | |
| **Số điện thoại:** | |
| **Địa chỉ nơi quý vị cư ngụ:** | Địa chỉ: |
| **Thành phố, Tiểu bang, Mã số vùng:** | Thành phố:<br>Tiểu bang: Mã số vùng: |
| **Địa chỉ nơi quý vị muốn nhận chi phiếu:**<br>(nếu khác với nơi quý vị cư ngụ) | Địa chỉ: |
| **Thành phố, Tiểu bang, Mã số vùng:** | Thành phố:<br>Tiểu bang: Mã số vùng: |

## Yêu Cầu Thanh Toán thứ 1: Thông Tin về Thuốc Theo Toa

| | |
|---|---|
| **Tên thuốc:** | |
| **Độ mạnh của thuốc:** (nếu biết) | |
| **Số lượng thuốc:** (nếu biết) | |
| **Ngày lấy thuốc theo toa:** | |
| **Số tiền đã trả:** | $ |
| **Tên Nhà thuốc:** | |
| **Số điện thoại của Nhà thuốc:** | |
| **Tại sao quý vị đã trả tiền cho loại thuốc này?** | |
| **Quý vị có đính kèm biên nhận không?** | ☐ Có ☐ Không |

## Yêu Cầu Thanh Toán thứ 2: Thông Tin về Thuốc Theo Toa

| | |
|---|---|
| **Tên thuốc:** | |
| **Độ mạnh của thuốc:** (nếu biết) | |
| **Số lượng thuốc:** (nếu biết) | |
| **Ngày lấy thuốc theo toa:** | |
| **Số tiền đã trả:** | $ |
| **Tên Nhà thuốc:** | |
| **Số điện thoại của Nhà thuốc:** | |
| **Tại sao quý vị đã trả tiền cho loại thuốc này?** | |
| **Quý vị có đính kèm biên nhận không?** | ☐ Có ☐ Không |

## Yêu Cầu Thanh Toán thứ 3: Thông Tin về Thuốc Theo Toa

| | |
|---|---|
| **Tên thuốc:** | |
| **Độ mạnh của thuốc:** (nếu biết) | |
| **Số lượng thuốc:** (nếu biết) | |
| **Ngày lấy thuốc theo toa:** | |
| **Số tiền đã trả:** | $ |
| **Tên Nhà thuốc:** | |
| **Số điện thoại của Nhà thuốc:** | |
| **Tại sao quý vị đã trả tiền cho loại thuốc này?** | |
| **Quý vị có đính kèm biên nhận không?** | ☐ Có ☐ Không |

Nếu quý vị có nhiều hơn 3 yêu cầu, xin đính kèm thêm giấy nếu cần.

Tôi xác nhận rằng thông tin trên mẫu đơn yêu cầu này là đúng với những gì tôi biết.

Gửi mẫu đơn này đến:

**CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP)**
**Pharmacy Management Reimbursement**
**505 City Parkway West**
**Orange, CA 92868**
**Số fax: 1-858-357-2556**

**Ký tên:** _____

**Ngày:** _____

## Thông Tin của Người Yêu Cầu

CHỈ hoàn tất trang này nếu người thực hiện yêu cầu này không phải là tham dự viên.

Người kê toa có thể thực hiện yêu cầu này thay cho tham dự viên. Nếu người thực hiện yêu cầu này là một người khác (như người thân trong gia đình hoặc bạn bè) thì người đó phải là người đại diện của tham dự viên.

Xin đính kèm tài liệu về quyền được đại diện cho thành viên (Mẫu đơn Cho phép Đại diện CMS-1696 được điền đầy đủ hoặc một văn bản tương tự). Để biết thêm thông tin về việc chọn người đại diện, xin liên lạc với văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health OneCare Complete ở số **1-877-412-2734** (TTY **711**), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần (từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3), và từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu (từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9). Quý vị cũng có thể gọi **1-800-MEDICARE**.

| | |
|---|---|
| **Tên (Tên, Tên lót, Họ):** | |
| **Mối quan hệ với Thành viên:** | |
| **Số điện thoại:** | |
| **Số Fax:** (nếu có) | |
| **Địa chỉ nơi quý vị nhận thư:** | Địa chỉ: |
| **Thành phố, Tiểu bang, Mã số vùng:** | Thành phố:<br>Tiểu bang: Mã số vùng: |
| **Quý vị có đính kèm tài liệu về việc đại diện không?** | ☐ Có ☐ Không |

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, là một chương trình Medicare Advantage có hợp đồng với Medicare và Medi-Cal. Việc ghi danh vào chương trình CalOptima Health OneCare tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health OneCare ở số miễn phí **1-877-412-2734** (TTY **711**), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần (từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3), và từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu (từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9). Xin vào trang mạng của chúng tôi tại **www.caloptima.org/OneCare**.

Đính kèm:

- Phụ Trang Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử và Thông Báo về Khả Năng Cung Cấp Dịch Vụ