



4665 Business Center Drive  
Fairfield, California 94534

## SOLICITUD DE REEMBOLSO DE RECETA MÉDICA

**Complete las secciones de la A a la C y adjunte comprobante de pago y los recibos de la farmacia. Escriba con letra de molde.**

Los recibos de la farmacia se le entregan con las advertencias del medicamento. No son recibos de la caja registradora.

**Envíe por correo el formulario y los recibos de la farmacia** en el sobre adjunto con porte pagado o envíelos por fax al (707) 863-4415, Atención: EUnit o por correo postal a:

Partnership HealthPlan of California  
Atención: Enrollment Unit  
4665 Business Center Drive  
Fairfield, CA 94534

**¿Necesita ayuda?** Llámenos al (800) 863-4155. Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al California Relay Service al (800) 735-2929 o llamar al 711.

### **Sección A. ¿Para quién eran los medicamentos?**

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

N.º de Id de PHC: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### **Sección B. Información del reembolso:**

Cantidad total de recetas que está presentando: \_\_\_\_\_ Cantidad total solicitada: \$ \_\_\_\_\_

Si se aprueban, ¿a quién le emitimos el cheque? \_\_\_\_\_

¿Adónde enviamos el cheque por correo postal?

\_\_\_\_\_

### **Sección C. ¿Por qué pagó por las recetas?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



4665 Business Center Drive  
Fairfield, California 94534

## RECIBO DE MUESTRA

**Anytime Pharmacy #1234**

123 Any Street  
Home Town, US 12345-6789

(509)555-1234  
Store NPI: 1234567890

RX:1234567

Date Filled: 1/1/2000

DOR: JANR  
DOB: 01/01/1900

456 Home Road  
Home Town, US 12345

(509) 555-5678

Amoxicillin 500 mg capsule (Tera)  
00000 1111 22 QTY: 45  
NDC: 456790123

DAW: 0  
Days Supply: 30

A. SMITH, MD NPI# 10210  
U&C: 200.00

PAY: 20.00

## SOLO PARA USO DE PHC

**Make check out to:**

Approved       Denied

**Mail to: 4665 Business Center Dr. Fairfield CA 94534**

Force to pay

**Amount approved for payment: \$ \_\_\_\_\_**

**Authorized Signature**

**Date:**

**MEDIMPACT Use Only**

**Completed by:**

**Date:**