



3688 Avtech Parkway
Redding, California 96002

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 (530) 223-2508, Atención: EUnit o por correo postal a:

Partnership HealthPlan of California
Atención: Enrollment Unit
3688 Avtech Parkway
Redding, CA 96002

¿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?



3688 Avtech Parkway
Redding, California 96002

RECIBO DE MUESTRA

Anytime Pharmacy #1234

123 Any Street (509)555-1234
Home Town, US 12345-6789 Store NPI: 1234567890

RX:1234567 Date Filled: 1/1/2000

DOR: JANR
DOB: 01/01/1900
456 Home Road (509) 555-5678
Home Town, US 12345

Amoxicillin 500 mg capsule (Tera)
00000 1111 22 QTY: 45 DAW: 0
NDC: 456790123 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:**