

ЗАПРОС НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ КОМПЕНСАЦИИ ЗА РЕЦЕПТУРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

С 1 января 2022 года Medi-Cal Rx управляет вашими аптечными льготами Medi-Cal. Если вам необходимо возместить (оплатить) лекарства, за которые вы заплатили **1 января 2022 г. или после этой даты**, позвоните в колл-центр Medi-Cal Rx по адресу **(800) 977-2273** за помощью.

Чтобы получить возмещение за лекарства, за которые вы оплатили **до 1 января 2022 года**, заполните разделы А-С ниже. Вам также нужно будет отправить подтверждение оплаты и квитанцию (квитанции) аптеки. Аптечные квитанции выдаются вам вместе с медицинскими предупреждениями. Это не то же самое, что кассовые чеки.

Отправьте заполненную форму вместе с аптечными квитанциями в прилагаемом конверте или отправьте по факсу (707) 863-4415, Attention: Enrollment Unit; почтовый адрес:

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

Если вам нужна помощь, позвоните нам по телефону (800) 863-4155. Мы работаем с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. Пользователи ТТУ могут звонить в службу California Relay Service по телефону (800) 735-2929 или набирать 711.

Раздел А — Для кого предназначались препараты?

Имя участника: _____ Номер телефона: _____

Ид. номер РНС: _____ Дата рождения: _____

Раздел В — Сведения о компенсации:

Общее количество рецептов, сведения о которых вы подаете _____ Общая запрашиваемая _____
сумма: \$

Кто будет получателем компенсации в случае ее утверждения? _____

Куда отправить чек? _____



4665 Business Center Drive
Fairfield, California 94534

Раздел С — Почему вам пришлось платить за рецептурные препараты?

Пример квитанции

Аптека Anytime Pharmacy #1234

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

RX:1234567 Дата заполнения:
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

ТОЛЬКО ДЛЯ ПОЛЬЗОВАНИЯ РНС

Отправить выплату: Одобрено Отказано

Mail to: 4665 Business Center Dr. Fairfield CA 94534 Принудить к уплате

Утвержденная сумма выплаты: \$ _____

Подпись уполномоченного лица

Дата:

Только для MEDIMPACT

Заполнил:

Дата: