



4665 Business Center Drive  
Fairfield, California 94534

## KAHILINGAN SA PAG-REIMBURSE NG RESETA

**Sagutan ang mga seksyon A hanggang C at maglakip ng patunay ng pagbabayad at (mga) resibo ng parmasya. Magsulat nang malinaw.**

Ibinibigay sa iyo ang (mga) resibo ng parmasya kasama ng mga babala para sa gamot. Hindi resibong nanggagaling sa cash register ang mga ito.

**Ipadala ang nasagutang form at (mga) resibo ng parmasya** sa nakalakip na sobreng postage paid o i-fax ang mga ito sa (707) 863-4415, Attention: EUnit o ipadala ito sa amin sa:

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

**Kailangan ng tulong?** Tumawag sa amin sa (800) 863-4155. Available kami mula Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. Ang mga user ng TTY ay dapat tumawag sa California Relay Service sa (800) 735-2929 o sa 711.

### **Seksyon A- Para kanino ang mga gamot?**

---

Pangalan ng Miyembro: \_\_\_\_\_ # ng Telepono: \_\_\_\_\_

PHC ID #: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

### **Seksyon B- Impormasyon sa Pag-reimburse:**

---

Kabuuang bilang ng (mga) reseta ng isinusumite mo \_\_\_\_\_ Kabuuang halagang hinihiling: \$ \_\_\_\_\_

Kung naaprubahan, para kanino kami magche-check out \_\_\_\_\_

Saan namin ipapadala ang check? \_\_\_\_\_

### **Seksyon C- Bakit mo binayaran ang (mga) reseta.**

---

---

---

---

---

---



4665 Business Center Drive  
Fairfield, California 94534

## HALIMBAWANG RESIBO

**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) DAW: 0  
00000 1111 22 QTY: 45 Days Supply: 30  
NDC: 456790123

A. SMITH, MD NPI# 10210

U&C: 200.00 PAY: 20.00

## PARA SA PAGGAMIT LANG NG 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:**