



4665 Business Center Drive
Fairfield, California 94534

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE RECETA MÉDICA

A partir del 1 de enero de 2022, Medi-Cal Rx administra sus beneficios de farmacia de Medi-Cal. Si necesita que se le reembolse (pague) por los medicamentos que pagó **a partir del 1 de enero de 2022**, llame al Centro de Llamadas de Medi-Cal Rx al **(800) 977-2273** para obtener ayuda.

Para que se le reembolsen los medicamentos que pagó **antes del 1 de enero de 2022**, complete las secciones A a C a continuación. También deberá enviar el comprobante de pago y los recibos de la farmacia. 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: Enrollment Unit o por correo postal a:

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

Si necesita ayuda, llámenos al (800) 863-4155 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al servicios de transmisión de mensajes de California 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? _____



4665 Business Center Drive
Fairfield, California 94534

Sección C. ¿Por qué pagó por las recetas?

Recibo de muestra

Anytime Pharmacy #1234
123 Any Street
Home Town, US 12345-6789

(509) 555-1234
NPI de la tienda:
1234567890
Fecha de surtido:
1/1/2000

RX:1234567

DOR: ENERO
Fecha de nac.: 01/01/1900
456 Home Road
Home Town, US 12345

(509) 555-5678

Amoxicilina 500 mg cápsula (Tera)
00000 1111 22 CANTIDAD: 45
NDC: 456790123

DAW: 0
Días de suministro: 30

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

PAGAR: 20.00

SOLO PARA USO DE PHC

Haga el cheque para:

Aprobado Denegado

Por correo a: 4665 Business Center Dr. Fairfield CA 94534

Obligación a pagar

Importe aprobado para el pago: \$ _____

Firma autorizada

Fecha:

Solo para uso de MEDIMPACT

Completado por:

Fecha: