



**Partnership HealthPlan of California (PHC)**

**Formulario de Solicitud de Reclamo**

**INFORMACIÓN DEL MIEMBRO**

No. de ID del Miembro de PHC (99999999A9): \_\_\_\_\_

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Información de Reclamos Por Correo a:**

Enviar por Correo a: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Por favor envíenme copias de los reclamos pagados por PHC por los servicios recibidos entre las siguientes fechas:**

De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha Relación con el miembro  
(Padre, tutor, defensor, etc.)

**Enviar por correo o fax el formulario completado a la atención de la Unidad de Inscripción:**

**PHC**  
4665 Business Center Drive  
Fairfield, CA 94534  
Fax (707) 863-4415