



# Partnership HealthPlan of California (PHC)

## Форма запроса

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ

Ид. № участника PHC (99999999A9): \_\_\_\_\_

Имя, фамилия участника: \_\_\_\_\_  
Имя Фамилия

Дата рождения: \_\_\_\_\_

### Отправить информацию о заявках почтой на адрес:

Кому: \_\_\_\_\_  
Имя Фамилия

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

**Прошу отправить мне копии требований о выплате, оплаченных PHC за услуги, полученные в период:**

От: \_\_\_\_\_ До: \_\_\_\_\_

Имя, фамилия печатными буквами

Подпись

Дата

Кем приходится участнику  
(Родитель, опекун, опекун  
душевнобольного и т. п.)

**Отправьте почтой или факсом заполненную форму на имя Отдела зачисления в программу:**

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