



Partnership HealthPlan of California (PHC)

Form ng Kahilingan sa Paghahabol

IMPORMASYON NG MIYEMBRO

PHC Member ID # (99999999A9): _____

Pangalan ng Miyembro: _____
Pangalan Apelyido

Pesta ng Kapanganakan: _____

Ipadala ang Impormasyon ng Mga Paghahabol sa:

Ipadala sa: _____
Pangalan Apelyido

Address sa Pagpapadala:

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Pakipadala sa amin ang mga kopya ng mga paghahabol na binayaran ng PHC para sa mga serbisyong natanggap sa pagitan ng mga sumusunod na petsa:

Mula kay: _____ Para kay: _____

_____ Print na Pangalan Lagda

_____ Petsa Kaugnayan sa Miyembro
(Magulang, Tagapag-alaga, Conservator, atbp.)

Ipadala o i-fax ang inyong sinagutang form nang naka-attention ang Unit sa Pagpapatala:

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