

# Form ng Paghiling ng Reimbursement ng Miyembro

(Form ng Medical Claim para sa Reimbursement. Hindi gagamitin para sa reimbursement sa parmasya.)

Kung nakatanggap ka ng bayarin na hindi mo nabayaran, huwag kumpletohin ang form na ito. Tawagan kami sa lalong madaling panahon sa (800) 863-4155 para sa tulong. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa California Relay Service sa (800) 735-2929 o tumawag sa 711.

## Seksyon 1. Impormasyon ng Miyembro (taong nakatanggap ng mga serbisyo)

Pangalan	Apilyedo		M.I.
Address ng kalye (mangyaring isama ang apt. no.)	Lunsod	Estado	Zip code
Numero ng telepono	Pinakaangkop na oras sa araw para tawagan ka		
PHC ID Card no.	Petsa ng kapanganakan(MM/DD/YYYY)		

**Seksyon 2. Kung mayroon kaming (PCH) mga tanong tungkol sa form na ito, sino ang pwede naming makausap? Kung ito ay isa na hindi miyembro o magulang ng menor-de-edad, padadalhan ka namin ng form ng awtorisasyon na sasagutin.**

Pangalan	Apilyedo
Numero ng telepono	Pinakaangkop na oras sa araw para tawagan ka
Kaugnayan sa Miyembro: <input type="checkbox"/> Sarili <input type="checkbox"/> Asawa <input type="checkbox"/> Anak na lalaki <input type="checkbox"/> Anak na babae <input type="checkbox"/> Iba pa _____	

**Seksyon 3. Kung maaprubahan, kanino ipapangalan ang tsekeng ibibigay? Saan mo ito gustong ipadala? (Hindi ginagarantiya na mababayaran)**

Pangalan	Apilyedo		
Address ng kalye (mangyaring isama ang apt. no.)	Lunsod	Estado	Zip code

**Seksyon 4. Sabihin mo sa amin ang dahilan kung bakit binayaran ang mga serbisyonang ito?**

Pinatutunayan ko na ang impormasyong ibinigay ko sa form na ito na **Form** ay totoo at tumpak sa abot ng aking nalalaman.

Lagda	Naka-print na pangalan	Petsa(MM/DD/YYYY)
-------	------------------------	-------------------

**Ang pagkumpleto ng form na ito ay hindi gumagarantiya ng reimbursement o bayad.**

# Form ng Paghiling ng Reimbursement ng Miyembro

(Form ng Medical Claim para sa Reimbursement. Hindi gagamitin para sa reimbursement sa parmasya.)

## Paano gagamitin ang form na ito

Ang form na ito ay gagamitin **lamang** kung nagbayad ka ng mga sinasaklaw na serbisyo ng Medi-Cal. Hindi gagamitin para sa reimbursement sa parmasya.

Gumamit ng hiwalay na claim form para sa bawat miyembro na nakatanggap ng mga serbisyo.

### Isama ang lahat ng kailangang mga dokumento:

1. I-itemize ang bayarin (bill kung saan nakalista rito ang lahat ng ibinigay na mga serbisyo)
2. Katunayan ng pagbabayad
3. Mga medikal na tala para sa lahat ng serbisyong natanggap sa labas ng estado (mga tala na ginawa ng doktor na nagbigay ng mga serbisyo)

Dapat punan mo ang lahat ng seksyon ng form na ito at **isama ang lahat ng kailangang dokumentong nakalista sa itaas**. Kung kailangan namin ng higit pang impormasyon, tatawagan ka namin.

### Seksyon 1. Impormasyon ng Miyembro

Ang seksyong ito ay para sa miyembro na nakatanggap ng mga serbisyo.

### Seksyon 2. Sino ang kakausapin namin kung may mga tanong kami?

Ang seksyong ito ay nagtatanong kung sino ang kakausapin namin kung may mga tanong kami. Kung ito ay isa na hindi miyembro o magulang ng menor-de-edad, kakailanganing kumpletohin ng taong ito ang form ng Awtorisadong Kinatawan.

### Seksyon 3. Kung maaprubahan, kanino ipapangalan ang tsekeng ibibigay?

Ang seksyong ito ay humihingi ng impormasyon tungkol sa kanino ipapangalan ang tseke at saan ipapadala.

### Seksyon 4. Sabihin mo sa amin ang dahilan kung bakit babayaran mo o ng iba pa ang mga serbisyong ito?

Ang seksyong ito ay para malaman namin kung bakit kinailangang bayaran ng isang tao ang mga serbisyong ito.

### I-fax o ipadala sa koreo ang nakumpletong form na ito at ang kailangang mga dokumento sa PHC.

Mga miyembrong nasa County ng Lake, Marin, Mendocino, Napa, Solano, Sonoma, o Yolo:

- Fax to: (707) 863-4415
- Ipadala sa koreo sa: Partnership HealthPlan of California, Attention EUnit, 4665 Business Center Drive, Fairfield CA 94534

Mga miyembrong nasa county ng Del Norte, Humboldt, Lassen, Modoc, Shasta, Siskiyou, at Trinity

- Fax to: (530) 223-2508
- Ipadala sa koreo sa: Partnership HealthPlan of California, Attention EUnit 3688 Avtech Parkway, Redding CA 96002

Padadalhan ka namin ng sulat na magsasabi sa iyo ng aming desisyon sa loob ng 30 araw ng kahilingan.

Kung mayroon kang anumang tanong o kailangan mo ng tulong, pakitawagan kami sa (800) 863-4155 Narito kami upang tulungan ka Lunes – Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. Mga User ng TTY: Tumawag sa California Relay Service sa (800) 735-2929 o tumawag sa 711.