



4665 Business Center Drive
Fairfield, California 94534

Form ng Kahilingan sa Claim

1. Impormasyon ng Miyembro:

Pangalan ng Miyembro: _____
Pangalan Apelyido

Petsa ng Kapanganakan: _____

Numero ng ID ng Miyembro sa Partnership (99999999A9): _____

2. Ipadala sa koreo ang Impormasyon sa Mga Claim sa:

Ipadala sa koreo sa: _____
Pangalan Apelyido

Address sa Koreo: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

***Upang magpadala ng impormasyon sa ibang tao, kompanya, ahensya atbp. kinakailangan ang form sa paglalabas ng impormasyon.**

3. Ipadala ang mga kopya ng mga claim sa Partnership para sa mga serbisyong natanggap sa pagitan ng mga sumusunod na petsa:

Mula: _____
(MM/DD/YYYY)

To: _____
(MM/DD/YYYY)

4. Iyong lagda:

Isulat ang Pangalan Lagda

Petsa

Ugnayan sa Miyembro
(Magulang, Tagapangalaga,
Conservator, atbp.)

5. Ipadala sa koreo o fax ang nakumpletong form sa:

Partnership HealthPlan of California
ATTN: Enrollment Unit
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
Fax: (707) 863-4415