



4665 Business Center Drive
Fairfield, California 94534

Formulario de solicitud de reclamos

1. Información del miembro:

Nombre del miembro: _____
Primer nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación de miembro de Partnership (99999999A9): _____

2. Envíe la información de reclamos por correo postal a:

Por correo a: _____
Primer nombre Apellido

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

***Para enviar información a otra persona, empresa, agencia, etc. se requiere un formulario de divulgación de información.**

3. Enviar copias de reclamos de Partnership por los servicios recibidos entre las siguientes fechas:

De: _____ Hasta: _____
(DD/MM/AAAA) (DD/MM/AAAA)

4. Su firma:

Nombre en letra de imprenta Firma

Fecha Relación con el miembro (padre, tutor, curador, etc.)

5. Envíe por correo o por fax su formulario completo a:

Partnership HealthPlan of California
Atención: Enrollment Unit
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534

Fax: (707) 863-4415