



4665 Business Center Drive  
Fairfield, California 94534

### Claims Request Form

**1. Member Information:**

Member's Name: \_\_\_\_\_  
Una Huling

Petsa ng Kapanganakan: \_\_\_\_\_

Numero ng ID ng Miyembro ng Partnership (99999999A9): \_\_\_\_\_

**2. Impormasyon sa Paghahabol ng Koreo sa:**

Mail to: \_\_\_\_\_  
Una Huling

Mailing Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

**\*Upang magpadala ng impormasyon sa ibang tao, kumpanya, ahensya atbp kailangan ang release ng information form.**

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

Mula sa: \_\_\_\_\_ Sa: \_\_\_\_\_  
(MM / DD / YYYY) (MM / DD / YYYY)

**4. Ang iyong lagda:**

\_\_\_\_\_  
Pangalan ng I-print Lagda

\_\_\_\_\_  
Date Relationship to Member  
(Magulang, Tagapangalaga, Conservator, atbp.)

**5. Ipadala sa koreo o i fax ang iyong nakumpletong form sa:**

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

Mbr Ltr #68 (MC1215T)  
Remark Code M9  
DHCS Approval 10/27/2023  
PHC-2023-85