



4665 Business Center Drive
Fairfield, California 94534

Форма запроса на предоставление документации по требованиям о выплате

1. Информация об участнике:

Имя участника: _____
Имя Фамилия

Дата рождения: _____

Ид. номер участника плана Partnership (99999999A9): _____

2. Отправить информацию о заявках почтой на адрес:

Получатель: _____
Имя Фамилия

Почтовый адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

***Для отправки информации другому лицу, компании, агентству и т. д. требуется
предоставить форму
на разглашение информации.**

3. Отправить копии требований Partnership о выплатах за услуги, оказанные в период:

С: _____ по: _____
(ДД.ММ.ГГГГ) (ДД.ММ.ГГГГ)

4. Ваша подпись:

Имя и фамилия печатными буквами Подпись

Дата

Родство с участником
(Родитель, опекун, опекун
душевнобольного и т. д.)

5. Оправьте заполненную форму по почте или факсу по адресу:

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