



Форма запроса на возмещение затрат участнику Форма требования

Если вы получили счет, который не оплатили, не заполняйте эту форму. Если вам нужна помощь, позвоните нам как можно скорее по телефону **(800) 863-4155**. Пользователи телефонов с текстовым дисплеем могут позвонить в службу California Relay Service **(800) 735-2929** или по телефону **711**.

Раздел 1. Информация об участнике (лицо, получившее услуги)

Имя	Фамилия	M.I.	
Адрес (укажите также номер квартиры)	Город	Штат	Почтовый индекс
Номер телефона	Наиболее подходящее время для связи с вами		
Номер идентификационной карточки участника Partnership	Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)		

Раздел 2. К кому мы можем обратиться в случае возникновения вопросов?

Имя	Фамилия
Номер телефона	Наиболее подходящее время для связи с вами
Отношение к участнику: <input type="checkbox"/> Сам <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Сын <input type="checkbox"/> Дочь <input type="checkbox"/> Другое: _____	

Раздел 3. На чье имя следует выписать чек? На какой почтовый адрес его отправить? Оплата не гарантируется

Имя	Фамилия		
Адрес (укажите также номер квартиры):	Город	Штат	Почтовый индекс

Раздел 4. На какую сумму вы хотите получить возмещение затрат от Partnership? \$ _____

Раздел 5. Укажите причину, по которой вы заплатили за эти услуги

--

Я подтверждаю, что, по имеющимся у меня сведениям, указанная в данной **форме** информация является достоверной и правильной.

Подпись	Имя печатными буквами	Дата (ММ/ДД/ГГГГ)
---------	-----------------------	-------------------

Заполнение этой формы не гарантирует возмещение или оплату.



Форма запроса на возмещение затрат участнику Форма требования

Как воспользоваться данной формой

Вы можете воспользоваться данной формой, если вы были участником плана Partnership на момент предоставления вам услуг. Используйте отдельную форму для каждого участника и **включите в перечень все требуемые документы, перечисленные ниже.**

Фармацевтические услуги (рецептурные препараты):

- Если услуги были предоставлены 1 января 2022 г. или после этой даты, не заполняйте данную форму; за помощью обратитесь в Medi-Cal Rx по телефону **(800) 977-2273**.
- Если услуги были предоставлены до 1 января 2022 г., заполните данную форму и отправьте в Partnership следующую информацию:
 1. Аптечная квитанция (с информацией о лекарственном препарате, а не чек из кассы)
 2. Подтверждение оплаты

Все прочие услуги:

1. Детализированный счет (счет, в котором перечислены все предоставленные услуги)
2. Подтверждение оплаты
3. Для услуг, полученных за пределами штата Калифорния, или при наличии такого запроса, необходимо предоставить медицинские записи

Вы должны заполнить все разделы этой формы и **приложить все необходимые документы, перечисленные выше.**

Если нам понадобится дополнительная информация, мы позвоним вам.

Раздел 1. Информация об участнике

Этот раздел предназначен для участника, получившего услуги.

Раздел 2. К кому обращаться, если у нас появятся вопросы?

В этом разделе уточняется, к кому нам обращаться, если у нас появятся вопросы. Если это не участник и не один из родителей несовершеннолетнего ребенка, то это лицо должно заполнить форму авторизации.

Раздел 3. В случае одобрения, на чье имя следует выписать чек?

В данном разделе необходимо сообщить информацию о том, на чье имя должен быть выписан чек, и по какому адресу его отправить по почте.

Раздел 4. Укажите сумму, которую вы хотите получить от Partnership.

Раздел 5. Укажите причину, по которой вы или кто-либо еще заплатили за услуги.

В данном разделе необходимо сообщить, почему кому-то пришлось оплатить эти услуги.

Отправьте заполненную форму и требуемые документы в Partnership по факсу или почте.

- Факс: (707) 863-4415
- Почтовый адрес: Partnership HealthPlan of California, Attention EUnit, 4665 Business Center Drive, Fairfield, CA 94534



Форма запроса на возмещение затрат участнику Форма требования

Мы свяжемся с вами по телефону или почте в течение 30 дней после запроса, чтобы сообщить о нашем решении.

Если у вас есть вопросы или вам требуется помощь, позвоните по номеру телефона **(800) 863-4155**. Мы работаем понедельник – пятница с 8:00 до 17:00. Пользователи телефонов с текстовым дисплеем могут обратиться в службу California Relay Service **(800) 735-2929** или позвонить по номеру телефона **711**.