



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: _____
(ММ/ДД/ГГYY) (ММ/ДД/ГГYY)

4. Ваша подпись:

_____ Полное имя Подпись

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

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

Partnership HealthPlan of California

Кому: Регистрационный отдел

4665 Business Center Drive

Fairfield, CA 94534

Факс: (707) 863-4415

Mbr Ltr #68 (MC1174R)
Remark Code M9
DHCS Approval 10/27/2023
PHC-2023-85