

<DATE>  
<MEMBER NAME>  
<MEMBER ADDRESS>  
<CITY, STATE & ZIP>

ਸਤਿਕਾਰਯੋਗ ਮੈਂਬਰ,

Partnership HealthPlan of California ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ Partnership ਸੰਬੰਧੀ ਦਾਅਵਿਆਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਲਈ ਇੱਕ ਬੇਨਤੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੇ ਮੈਂਬਰ ਪੋਰਟਲ [Member.PartnershipHP.org](http://Member.PartnershipHP.org) ਤੋਂ ਆਪਣੇ ਭਾਈਵਾਲੀ ਦਾਅਵਿਆਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਖ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਈਨ ਅੱਪ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਣ 'ਤੇ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਆਪਣੇ ਦਾਅਵਿਆਂ ਦੀਆਂ ਕਾਗਜ਼ੀ ਕਾਪੀਆਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਨੱਥੀ ਫ਼ਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਕੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਸਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਲਿਫ਼ਾਫ਼ੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਜਾਂ (707) 863-4415 'ਤੇ ਫੈਕਸ ਕਰਕੇ ਸਾਨੂੰ ਵਾਪਸ ਭੇਜ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਡੀ ਲਿਖਤੀ ਬੇਨਤੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਸਾਨੂੰ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਵਿੱਚ 30 ਦਿਨ ਦਾ ਸਮਾਂ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਨੂੰ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕਰ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਾਂਗੇ ਕਿ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਅਵੇ ਕਿਉਂ ਨਹੀਂ ਭੇਜ ਰਹੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਇਸ ਫ਼ੈਸਲੇ ਵਿਰੁੱਧ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਅਪੀਲ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨੀ ਹੈ।

Partnership ਪਾਰਟਨਰਸ਼ਿਪ ਵੱਲੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੁੱਛਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ:

- ਪੂਰੇ ਰਿਕਾਰਡ ਦੀ ਬਜਾਏ, ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਅਵਿਆਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਸਾਰ ਉਪਯੁਕਤ ਹੈ।
- ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਦੀ ਲਾਗਤ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਫੀਸਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨਾ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਛਪਾਈ, ਡਾਕ, ਆਦਿ।
- ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਏਜੰਸੀ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਵਾਧੂ ਫਾਰਮਾਂ ਲਈ, ਕੁਝ ਖਾਸ ਕਿਸਮਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ।

Partnership ਕੋਲ ਹੇਠ ਦੱਸੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਨਹੀਂ ਹਨ:

- **ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀਆਂ ਮੁਕੰਮਲ ਕਾਪੀਆਂ।** ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਡਾਕਟਰਾਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਹਨ।
- **ਰਾਜ Medi-Cal ਜਾਂ ਹੋਰ ਬੀਮਾ ਕੈਰੀਅਰਾਂ ਦੁਆਰਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਦਾਅਵੇ/ਖਰਚੇ।** ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ Medi-Cal ਅਸਟੇਟ ਰਿਕਵਰੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (916) 650-0490 'ਤੇ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਹੋਰ ਬੀਮਾ ਕੈਰੀਅਰਾਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਮੈਂਬਰ ਪੋਰਟਲ ਨੂੰ ਵਰਤਣ ਜਾਂ ਮੈਂਬਰ ਹੈਂਡਬੁੱਕ, ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਡਾਇਰੈਕਟਰੀ, ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਦੇਖਣ ਲਈ ਸਾਡੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ [PartnershipHP.org](http://PartnershipHP.org) 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਥੇ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਜਾਂ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਨੂੰ (800) 863-4155 'ਤੇ, ਸੋਮਵਾਰ – ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ ਤੱਕ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਵਰਤੋਂਕਾਰ California ਰੀਲੇਅ ਸੇਵਾ ਨੂੰ (800) 735-2929 'ਤੇ ਜਾਂ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਵਿਭਾਗ ਦੇ ਮੈਨੇਜਡ ਕੇਅਰ ਓਮਬਡਜ਼ਮੈਨ ਦਫ਼ਤਰ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ (888) 452-8609 'ਤੇ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ ਤੱਕ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਇਸ ਸੂਚਨਾ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਪਾਰਟਨਰਸ਼ਿਪ ਦੇ ਫਾਇਦੇ ਨਹੀਂ ਬਦਲਦੇ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲੈਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੀ ਹੈ।

ਤਹਿ ਦਿਲੋਂ,

ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਵਿਭਾਗ (Member Services Department)

ਨੱਥੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼: ਗੈਰ-ਵਿਤਕਰੇ ਅਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੰਬੰਧੀ ਨੋਟਿਸ

## ਦਾਅਵਿਆਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਫਾਰਮ

### 1. ਮੈਂਬਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ:

ਮੈਂਬਰ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_  
ਪਹਿਲਾ ਭਾਗ ਆਖਰੀ ਭਾਗ

ਜਨਮ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_ Partnership ਮੈਂਬਰ ID ਨੰਬਰ (99999999A9): \_\_\_\_\_

### 2. ਦਾਅਵਿਆਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਭੇਜੋ:

ਡਾਕ ਪਤਾ: \_\_\_\_\_  
ਪਹਿਲਾ ਭਾਗ ਆਖਰੀ ਭਾਗ

ਚਿੱਠੀ-ਪੱਤਰ ਭੇਜਣ ਦਾ ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

ਸ਼ਹਿਰ: \_\_\_\_\_ ਰਾਜ: \_\_\_\_\_ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ: \_\_\_\_\_

**\*ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ, ਕੰਪਨੀ, ਏਜੰਸੀ ਆਦਿ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭੇਜਣ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਫਾਰਮ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ।**

### 3. ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਮਿਤੀਆਂ ਦਰਮਿਆਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ Partnership ਦਾਅਵਿਆਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਭੇਜੋ:

ਵੱਲੋਂ: \_\_\_\_\_ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY) (MM/DD/YYYY)

### 4. ਤੁਹਾਡੇ ਦਸਤਖਤ:

\_\_\_\_\_ ਪ੍ਰਿੰਟ ਨਾਮ ਦਸਤਖਤ  
\_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ ਮੈਂਬਰ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ  
(ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ, ਸਰਪ੍ਰਸਤ, ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ, ਆਦਿ)

### 5. ਆਪਣਾ ਭਰਿਆ ਹੋਇਆ ਫਾਰਮ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ ਜਾਂ ਫੈਕਸ ਕਰੋ:

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