



# ਮੈਂਬਰ ਨੂੰ ਮੁੜ-ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਫਾਰਮ ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮ

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਬਿੱਲ ਮਿਲਿਆ ਹੈ ਜਿਸਦਾ ਤੁਸੀਂ ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਨਾ ਭਰੋ। ਜਿੰਨੀ ਜਲਦੀ ਹੋ ਸਕੇ ਸਾਨੂੰ ਮਦਦ ਲਈ (800) 863-4155 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਉਪਭੋਗਤਾ (800) 735-2929 'ਤੇ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਰਿਲੇਅ ਸਰਵਿਸ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਾਂ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## ਸੈਕਸ਼ਨ 1. ਮੈਂਬਰ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਸਨੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ)

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ	ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ			M.I.
ਸਟ੍ਰੀਟ ਪਤਾ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਨੰਬਰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ)	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ	
ਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਤੁਹਾਡੇ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨ ਲਈ ਦਿਨ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਸਮਾਂ			
Partnership ID ਕਾਰਡ ਨੰਬਰ	ਜਨਮ ਮਿਤੀ (MM/DD/YYYY)			

## ਸੈਕਸ਼ਨ 2. ਜੇ ਸਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਕਿਸ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ?

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ	ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ				
ਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਤੁਹਾਡੇ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨ ਲਈ ਦਿਨ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਸਮਾਂ				
ਮੈਂਬਰ ਨਾਲ ਸਬੰਧ:	<input type="checkbox"/> ਖੁਦ	<input type="checkbox"/> ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ	<input type="checkbox"/> ਪੁੱਤਰ	<input type="checkbox"/> ਧੀ	<input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____

## ਸੈਕਸ਼ਨ 3. ਚੈੱਕ ਕਿਸ ਨੂੰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ? ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਕਿੱਥੇ ਭੇਜਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਗਾਰੰਟੀ ਨਹੀਂ ਹੈ

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ	ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ			
ਸਟ੍ਰੀਟ ਪਤਾ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਨੰਬਰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ):	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ	

## ਸੈਕਸ਼ਨ 4. ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਪਾਰਟਨਰਸ਼ਿਪ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿੰਨਾ ਪੈਸਾ ਵਾਪਸ ਅਦਾ ਕਰੇ? \$ \_\_\_\_\_

## ਸੈਕਸ਼ਨ 5. ਸਾਨੂੰ ਉਹ ਕਾਰਨ ਦੱਸੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਾਸਤੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕਿਉਂ ਕੀਤਾ

ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟਿਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ, ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਨੁਸਾਰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿਚਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੱਚੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ।

ਹਸਤਾਖਰ	ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਨਾਮ	ਮਿਤੀ (MM/DD/YYYY)
--------	---------------------	----------------------

*ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨਾ ਮੁੜ-ਭੁਗਤਾਨ ਜਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਗਾਰੰਟੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ।*

## ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨੀ ਹੈ

ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਸਮੇਂ Partnership ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਸੀ। ਹਰੇਕ ਮੈਂਬਰ ਲਈ ਇੱਕ ਵੱਖਰਾ ਫਾਰਮ ਵਰਤੋ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਸਾਰੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ।

# ਮੈਂਬਰ ਨੂੰ ਮੁੜ-ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਫਾਰਮ ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮ

## ਫਾਰਮੇਸੀ ਸੇਵਾਵਾਂ (ਤਜਵੀਜ਼ ਕੀਤੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ):

- ਜੇ ਸੇਵਾ ਦੀਆਂ ਮਿਤੀਆਂ 1 ਜਨਵਰੀ, 2022 ਨੂੰ ਜਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹਨ ਤਾਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਨਾ ਭਰੋ; ਮਦਦ ਲਈ Medi-Cal Rx ਨੂੰ (800) 977-2273 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
- ਜੇ ਸੇਵਾ ਦੀਆਂ ਮਿਤੀਆਂ 1 ਜਨਵਰੀ, 2022 ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹਨ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰੋ ਅਤੇ ਨਿਮਨਲਿਖਤ ਸਮੇਤ Partnership ਨੂੰ ਭੇਜੋ:
  1. ਫਾਰਮੇਸੀ ਰਸੀਦ (ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਵਾਈ ਦੀ ਚੇਤਾਵਨੀ ਦੇ ਨਾਲ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਨਕਦ ਰਜਿਸਟਰ ਵਾਲੀ ਰਸੀਦ ਨਹੀਂ)
  2. ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਸਬੂਤ

## ਹੋਰ ਸਾਰੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ:

1. ਆਈਟਮ ਅਨੁਸਾਰ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਬਿੱਲ (ਬਿੱਲ ਜੇ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰਦਾ ਹੈ)
2. ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਸਬੂਤ
3. ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਰਾਜ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਾਸਤੇ ਜਾਂ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੇ ਜਾਣ 'ਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਨੋਟਸ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਸਾਰੇ ਭਾਗਾਂ ਨੂੰ ਭਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ **ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਸਾਰੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ**। ਜੇ ਸਾਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰਾਂਗੇ।

### ਸੈਕਸ਼ਨ 1. ਮੈਂਬਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਇਹ ਭਾਗ ਉਸ ਮੈਂਬਰ ਲਈ ਹੈ ਜਿਸਨੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਸਨ।

### ਸੈਕਸ਼ਨ 2. ਜੇ ਸਾਡੇ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਕਿਸ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੀਏ?

ਇਹ ਭਾਗ ਪੁੱਛਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜੇ ਸਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਕਿਸ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਇਹ ਕਿਸੇ ਨਾਬਾਲਗ ਬੱਚੇ ਦੇ ਮਾਪੇ ਜਾਂ ਮੈਂਬਰ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ।

### ਸੈਕਸ਼ਨ 3. ਜੇ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਚੈੱਕ ਕਿਸ ਨੂੰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?

ਇਹ ਭਾਗ ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੰਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਚੈੱਕ ਕਿਸ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਕਿੱਥੇ ਭੇਜਣਾ ਹੈ।

### ਸੈਕਸ਼ਨ 4. ਸਾਨੂੰ ਉਹ ਰਕਮ ਦੱਸੋ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਪਾਰਟਨਰਸ਼ਿਪ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਾਪਸ

### ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇ। ਸੈਕਸ਼ਨ 5. ਸਾਨੂੰ ਕਾਰਨ ਦੱਸੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ

### ਭੁਗਤਾਨ ਕਿਉਂ ਕੀਤਾ।

ਇਹ ਭਾਗ ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਣ ਲਈ ਹੈ ਕਿ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਿਉਂ ਕਰਨਾ ਪਿਆ।

### ਇਸ ਭਰੇ ਹੋਏ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪਾਰਟਨਰਸ਼ਿਪ ਨੂੰ ਫੈਕਸ ਜਾਂ ਮੇਲ ਕਰੋ।

- (707) 863-4415 'ਤੇ ਫੈਕਸ ਕਰੋ
- ਇੱਥੇ ਮੇਲ ਕਰੋ: Partnership HealthPlan of California, 4665 Business Center Drive, Fairfield, CA 94534 (Partnership ਹੈਲਥਪਲੈਨ ਆਫ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ, 4665 ਬਿਜ਼ਨਸ ਸੈਂਟਰ ਡ੍ਰਾਈਵ, ਫੇਅਰਫੀਲਡ, ਸੀਏ 94534)

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰਾਂਗੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਦੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣਾ ਫੈਸਲਾ ਦੱਸਦੇ ਹੋਏ ਇੱਕ ਪੱਤਰ ਭੇਜਾਂਗੇ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਵਾਲ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਨੂੰ (800) 863-4155 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਸੀਂ ਸੋਮਵਾਰ - ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਥੇ ਹਾਂ। TTY ਉਪਭੋਗਤਾ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਰੀਲੇਅ ਸੇਵਾ ਨੂੰ (800) 735-2929 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਾਂ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।