

SAVSTARPĒJĀ PALĪDZĪBĀ UN UZTICĪBĀ KOPŠ 1952. GADA

AMERIKAS LATVIEŠU PALĪDZĪBAS FONDS

P O Box 8857, Elkins Park, PA 19027-0857

Phone: (215) 635-4137; Fax: (215) 635-1583

e-mail: info@lrfa.org, website: www.LRFA.org

Šo nodalījumu izpilda Fonda darbvedība

Izmaksāts no: M -1 \$ _____

M-B \$ _____

M -2 \$ _____

M -3 \$ _____

M-3D \$ _____

M-4 \$ _____

M-4D \$ _____

KOPĀ izmaksāts \$ _____

Datums

Paraksts

MEDICARE PAPILDINĀJUMU PLĀNA

IZMAKSAS PIEPRASĪJUMS

Sakarā ar manu ārstēšanos, lūdzu izmaksāt man, saskaņā ar manu apdrošinājumu ALP Fonda Medicare papildinājumu plānā, tā noteikumiem atbilstošo summu.

Par sevi sniedzu šādas ziņas:

1. Uzvārds _____ Fonda Dal. Nr. _____

Vārds _____ Medicare Nr. _____

Dzimšanas dati _____ Telefona # _____ E_pasts _____

Adrese _____

2. Ārstētā slimība vai izdarītā operācija _____

(slimības vai operācijas nosaukums)

3. Klāt pievienoju: _____ Your Explanation of MEDICARE Benefits
_____ MEDICARE Summary Notice
_____ Your Record of Part B MEDICARE Benefits Used
_____ MEDICARE Benefit Notice
_____ Slimnīcas rēķins
_____ Zāļu samaksas saņemšanas zīmes / aptiekas izdots izdevumu kopsavilkums

Datums: _____

Paraksts: _____

MUTUAL ASSISTANCE AND TRUST SINCE 1952

LATVIAN RELIEF FUND OF AMERICA, INC.
P O Box 8857, Elkins Park, PA 19027-0857
Phone: (215) 635-4137; Fax: (215) 635-1583
e-mail: info@lrfa.org, website: www.LRFA.org

FOR LRFA USE ONLY

M -1 \$ _____
M-B \$ _____
M -2 \$ _____
M -3 \$ _____
M-3D \$ _____
M-4 \$ _____
M-4D \$ _____
TOTAL paid: \$ _____

Authorization date

Signature

MEDICARE SUPPLEMENTAL PLAN

BENEFIT CLAIM FORM

I hereby submit the following information in accordance with LRFA Medicare Supplemental Plan and request the payment of corresponding benefits:

Personal information:

1. Last Name _____ LRFA Memb. #. _____

First Name _____ Medicare # _____

Date of Birth _____ Phone # _____ E-mail _____

Address _____

2. Diagnosis or nature of illness or injury _____

3. Enclosed: Your Explanation of MEDICARE Benefits
 MEDICARE Summary Notice
 Your Record of Part B MEDICARE Benefits Used
 MEDICARE Benefit Notice
 Hospital Statement
 Prescription drug receipts / „itemized statement of dispensed drugs” / Drug profile.

Date : _____

Signature: _____