



LRFA

PO Box 8857
Elkins Park, PA 19027

info@LRFA.org
T 215.635.4137 / F 215.635.1583
www.LRFA.org

AIZPILDA DARBVEDĪBA

Izmaksāts no M-B \$ _____
M-1 \$ _____
M-2 \$ _____
M-3 \$ _____
M-4 \$ _____
M-5 \$ _____
M-6 \$ _____
M-7 \$ _____
KOPĀ Izmaksāts: _____

Paraksts

Datums

MEDICARE PAPILDINĀJUMU PLĀNA Izmaksas Pieprasījums

Uzvārds		Vārds	
Dzimšanas datums		Medicare #	ALPF Dalībnieka #
/	/	#	#
Iela			
Pilsēta		Štats	Pasta indekss (Zip)
Telefons		E-pasts	
Ārstētā slimība vai izdarītā operācija:			
Klāt Pievienoju:			
<input type="checkbox"/> Explanation of Medicare Benefits / Medicare Coverage Statements			
<input type="checkbox"/> Hospital Statements			
<input type="checkbox"/> Prescription Drug Receipts / Itemized Statement of Dispensed Drugs / Drug profile			
Ar savu parakstu apliecinu, ka manis sniegtā informācija ir pilnīga un patiesa.			
Paraksts		Datums	



LRFA

PO Box 8857
Elkins Park, PA 19027

info@LRFA.org
T 215.635.4137 / F 215.635.1583
www.LRFA.org

FOR LRFA USE ONLY

Paid from M-B \$ _____
 M-1 \$ _____
 M-2 \$ _____
 M-3 \$ _____
 M-4 \$ _____
 M-5 \$ _____
 M-6 \$ _____
 M-7 \$ _____
 TOTAL Paid: _____

Signature

Date

MEDICARE SUPPLEMENTAL PLAN Benefit Request Form

Last Name		First Name		Middle Name	
DOB / /		Medicare # #		LRFA Membership # #	
Street					
City		State		Zip Code	
Phone			E-mail		
Diagnosis or nature of illness or injury:					
Enclosed:					
<input type="checkbox"/> Explanation of Medicare Benefits / Medicare Coverage Statements <input type="checkbox"/> Hospital Statements <input type="checkbox"/> Prescription Drug Receipts / Itemized Statement of Dispensed Drugs / Drug profile					
I hereby certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge.					
Signature				Date	