LRFA
PO Box 8857
Elkins Park, PA 19027

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

AIZPILDA DARBVEDĪBA	
Claim #	
Izmaksāts no M-B $	_____
M-1 $	_____
M-2 $	_____
M-3 $	_____
M-4 $	_____
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:

- ☐ Explanation of Medicare Benefits / Medicare Coverage Statements
- ☐ Hospital Statements
- ☐ 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	
Claim #	
Benefits from M-B $	_____
M-1 $	_____
M-2 $	_____
M-3 $	_____
M-4 $	_____
M-6 $	_____
M-7 $	_____
TOTAL Benefits:	_____
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:

- ☐ Explanation of Medicare Benefits / Medicare Coverage Statements
- ☐ Hospital Statements
- ☐ 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**