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:

- ☐ 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	
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:

- ☐ 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