



計劃成員報銷申請表

請就您向 Alameda Alliance for Health (Alliance) 申請報銷的每項健康費用使用一份表格。請填寫表格的所有部分，並附上下方列出的必要文件。若無必要文件，Alliance 無法受理您的申請。

| A 部分：計劃成員資訊 | | | |
|--|---------|--|------------------|
| 姓氏： | 名字： | 中間名縮寫： | |
| 與計劃成員的關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒 | 授權代表姓名： | 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期： (月/日/年) |
| B 部分：計劃成員/授權代表的聯絡資訊 | | | |
| Alliance 計劃成員 ID： | | | |
| 街道地址（請註明公寓/單元編號）： | | | |
| 城市： | 州： | 郵遞區號： | |
| 住宅電話： | 手機號碼： | | |
| C 部分：與此表一同提交的資訊 | | | |
| 提交哪些資訊： 請填寫此表並提供帳單原件的複本。您必須附上明細帳單以及付款證明（例如收據），明細帳單可從服務供應商處索取。請同時以書面形式提交為何您必須為服務付款。作為提醒，Alliance 無法 受理缺少資訊的申請。 | | | |
| 何時提交： 我們將受理並審核在帳單支付日期起 180 個日曆日內收到的申請。對於自帳單支付日期起 180 天後收到的帳單，我們則無法受理。 | | | |
| D 部分：證明 | | | |
| 本人特此證明，據本人所知，此計劃成員報銷申請表和所提供的證明文件中所含資訊真實且準確。 | | | |
| 簽名： | 正楷書寫姓名： | 日期： | |

提交申請

請將此填妥的申請表連同必要文件郵寄至：

Alameda Alliance for Health

ATTN: Grievance & Appeals Department

P.O. Box 2818

Alameda, CA 94501-0818

如有疑問，請致電 Alliance 計劃成員服務部，電話：1.510.747.4567

聽障與語障人士 (CRS/TTY) 專線：711/1.800.735.2929