



FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DEL MIEMBRO

Use un formulario por cada gasto de salud que solicita que Alameda Alliance for Health (Alliance) le reembolse. Llene todas las secciones del formulario y adjunte los documentos requeridos que se detallan a continuación. Alliance no puede aceptar solicitudes que no tengan los documentos requeridos.

Sección A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO			
Apellido:	Nombre:	Inicial de su segundo nombre:	
Parentesco con el miembro: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Nombre del representante autorizado:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)
Sección B: INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL MIEMBRO/REPRESENTANTE AUTORIZADO			
Identificación de miembro de Alliance:			
Dirección (incluya el número de departamento/unidad):			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Teléfono de casa:	Teléfono celular:		
Sección C: LO QUE DEBE PRESENTAR CON ESTE FORMULARIO			
<p>Qué debe presentar: llene este formulario y proporcione una copia de la(s) factura(s) original(es). Debe adjuntar las facturas detalladas, las cuales puede solicitar a su proveedor, y un comprobante de pago (como un recibo). También presente por escrito el motivo por el que tuvo que pagar los servicios. Como recordatorio, Alliance no puede aceptar solicitudes que no contengan toda la información.</p> <p>Cuándo debe presentarla: aceptaremos y revisaremos las solicitudes que recibamos en un plazo de 180 días calendario después de la fecha en que se pagó la cuenta. No podemos aceptar facturas recibidas de <i>más</i> de 180 días calendario después de la fecha en que se pagó la factura.</p>			
Sección D: CERTIFICACIÓN			
Certifico que, a mi leal saber y entender, la información en este Formulario de solicitud de reembolso del miembro y los documentos de soporte proporcionados son verdaderos y correctos.			
Firma:	Nombre con letra de imprenta:	Fecha:	

PRESENTE SU SOLICITUD

Envíe este formulario de solicitud completado con los documentos requeridos a:

Alameda Alliance for Health
ATTN: Grievance & Appeals Department
P.O. Box 2818
Alameda, CA 94501-0818

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al **1.510.747.4567**
Personas con impedimentos auditivos y del habla (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**