

計畫成員報銷申請表

請就您申請報銷的每項健康費用使用一 (1) 份表格。

說明

- 請以正楷字體清晰書寫，或在下方所有欄位中輸入。
- 附上必要的附件。若無必要文件，Alliance 無法受理您的申請。
 - 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。
 - 何時提交：**我們將受理並審核在帳單支付日期後一 (1) 年內收到的申請。對於自帳單支付後超過一 (1) 年收到的帳單，我們無法受理。
- 請將此填妥的表單連同必要文件郵寄至：

Attn: Grievance & Appeals Department
Alameda Alliance for Health
PO Box 2818
Alameda, CA 94501-0818

如果您有任何疑問，請致電：

Alameda Alliance Wellness 會員服務部

週一至週日（每週七 (7) 天），上午 8 時至晚上 8 時，包含假日免付費電話：

1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)

如果您有聽力或語言障礙，請使用 TTY 專線或撥打 **1.800.735.2929**

第 1 部分：會員資訊

姓氏：_____ 名字：_____ 中間名首字母縮寫：_____

與計畫成員的關係：☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 兒子 ☐ 女兒

授權代表姓名：_____

Alliance 會員 ID 編號：_____

出生日期（月/日/年）：_____

性別：☐ 男 ☐ 女

第 2 部分：計畫成員/授權代表的聯絡資訊

地址（註明公寓/單元編號）：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

診所聯絡人全名：_____

住家電話號碼：_____ 手機電話號碼：_____

電郵地址：_____

第 3 部分：證明

本人特此證明，據本人所知，此計畫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：_____