



Alliance
Wellness

Formulario de solicitud de reembolso del miembro

Utilice un (1) formulario para cada gasto de salud cuyo reembolso solicite.

INSTRUCCIONES

1. Complete claramente con letra de molde o a máquina todos los campos siguientes.
2. Incluya los documentos adjuntos requeridos. Alliance no puede aceptar solicitudes que no tengan los documentos requeridos.
 - **Qué debe presentar:** complete este formulario y proporcione una copia de la(s) cuenta(s) original(es). Debe adjuntar las cuentas 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.
 - **Cuándo presentar:** aceptaremos y revisaremos las solicitudes recibidas en un plazo de un (1) año a partir de la fecha de pago de la cuenta. No podemos aceptar cuentas que se reciban más de un (1) año después de la fecha de pago de la cuenta.
3. Envíe este formulario completo con los documentos requeridos a la siguiente dirección:

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

Si tiene alguna pregunta, llame:

Departamento de Servicios al Miembro de Alameda Alliance Wellness
De lunes a domingo, (los siete [7] días de la semana), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.,
incluidos los días festivos Línea gratuita: **1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)**
Si no puede oír o hablar bien, use la línea TTY o llame al **1.800.735.2929**.

Sección 1: Información del miembro

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial de su segundo nombre: _____
Relación con el miembro: Yo mismo(a) Cónyuge Hijo Hija
Nombre del representante autorizado: _____
Número de identificación de miembro de Alliance: _____
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____
Sexo: Masculino Femenino

Sección 2: Información de contacto del miembro/representante autorizado

Dirección (incluya el número de departamento o unidad): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre completo de la persona de contacto en el consultorio: _____

Número de teléfono de casa: _____ Número de teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Sección 3: Certificación

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información en este Formulario de solicitud de reembolso del miembro y los documentos de respaldo proporcionados son verdaderos y correctos.

Firma: _____

Nombre con letra de molde: _____ Fecha: _____