

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:

Si tiene alguna pregunta, llame:

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: _____