

Form para sa Paghiling ng Miyembro ng Reimbursement

Gumamit ng isang (1) form para sa bawat gastusin sa kalusugan na gusto mong i-reimburse sa iyo.

MGA TAGUBILIN

1. I-print nang malinaw ang mga sagot mo, o mag-type sa lahat ng field sa ibaba.
2. Isama ang mga kinakailangang ilakip. Hindi tatanggapin ng Alliance ang mga kahilingan na kulang ng mga kinakailangang dokumento.
 - **Ang Isusumite:** Kumpletuhin ang form na ito at magbigay ng kopya ng (mga) orihinal na bill. Dapat kang maglakip ng mga detalyadong bill, na mahihingi mo sa iyong provider at patunay ng pagbabayad (gaya ng resibo). Magsumite rin ng liham na nagsasaad kung bakit kinailangan mong bayaran ang mga serbisyo.
 - **Kailan Magsusumite:** Tatanggapin at susuriin namin ang mga kahilingang matatanggap sa loob ng isang (1) taon mula sa petsa ng pagbabayad sa bill. Hindi namin puwedeng tanggapin ang mga nabayaran nang bill na natanggap mahigit isang (1) taon pagkatapos bayaran ang bill.

3. Ipadala ang nakumpletong form kasama ang mga kinakailangang dokumento sa:

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

Kung mayroon kang mga tanong, tumawag sa:

Departamento ng Mga Serbisyo Sa Miyembro ng Alameda Alliance Wellness

Lunes – Linggo (pitong (7) araw sa isang linggo), 8 am – 8 pm, kasama ang mga holiday

Toll-Free: **1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)**

Kung hindi ka nakakarinig o nakakapagsalita nang mabuti, gamitin ang TTY o tumawag sa **1.800.735.2929**

Seksyon 1: Impormasyon ng Miyembro

Apelyido: _____ Pangalan: _____ Gitnang Inisyal: _____

Kaugnayan sa Miyembro: ☐ Sarili ☐ Asawa ☐ Anak na Lalaki ☐ Anak na Babae

Pangalan ng Awtorisadong Kinatawan: _____

Numero ng ID ng Miyembro ng Alliance: _____

Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY): _____

Kasarian: ☐ Lalaki ☐ Babae

Seksyon 2: Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan ng Miyembro/Awtorisadong Kinatawan

Address (isama ang apt/unit number): _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Buong Pangalan ng Makakaugnayan sa Tanggapan: _____

Numero ng Telepono sa Bahay: _____ Numero ng Cell Phone: _____

Email: _____

Seksyon 3: Sertipikasyon

Pinapatunayan ko, sa abot ng aking nalalaman, na ang impormasyon sa Form ng Kahilingan ng Miyembro para sa Pag-reimburse at ang mga pansuportang dokumento ay tunay at tama.

Lagda: _____

Naka-print na Pangalan: _____ Petsa: _____