

فرم درخواست بازپرداخت اعضا

لطفاً برای هر هزینه مربوط به درمان که درخواست بازپرداخت آن را دارید، از یک (1) فرم استفاده کنید.

دستورالعمل‌ها

1. لطفاً تمام بخش‌های زیر را با حروف بزرگ بنویسید یا تایپ کنید.
2. ضمیمه‌های لازم را پیوست کنید. Alliance نمی‌تواند درخواست‌هایی را که فاقد مدارک لازم هستند، بپذیرد.
- **مدارک لازم برای ارسال:** این فرم را تکمیل کرده و یک نسخه از اصل صورت حساب (ها) را ارائه کنید. باید صورت حساب‌های تفصیلی را که می‌توانید از ارائه‌دهنده خدمات‌تان دریافت کنید، به همراه گواهی پرداخت (مانند رسید) ضمیمه کنید. لطفاً دلیل این را نیز که مجبور به پرداخت هزینه خدمات شده‌اید، به صورت کتبی ارائه دهید.
- **زمان ارسال مدارک:** ما درخواست‌هایی را که حداکثر ظرف مدت یک (1) سال پس از تاریخ پرداخت صورت حساب دریافت شوند، می‌پذیریم و بررسی می‌کنیم. ما نمی‌توانیم صورت حساب‌های پرداخت شده‌ای را که بیش از یک (1) سال پس از تاریخ پرداخت دریافت شوند، بپذیریم.
3. فرم تکمیل شده را همراه با مدارک مورد نیاز به این آدرس ارسال کنید:

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً تماس بگیرید:

بخش خدمات اعضای Alameda Alliance Wellness

دوشنبه تا یکشنبه (هفت (7) روز هفته)، 8 صبح تا 8 شب، از جمله روزهای تعطیل

تلفن رایگان: 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)

اگر نمی‌توانید خوب بشنوید یا صحبت کنید، از TTY استفاده کنید یا با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرید

بخش 1: اطلاعات عضو

نام خانوادگی: _____ نام: _____ حرف اول نام میانی: _____

نسبت با عضو: ☒ خودم ☒ همسر ☒ پسر ☒ دختر

نام نماینده مجاز: _____

شماره شناسایی عضو Alliance: _____

تاریخ تولد (ماه/روز/سال): _____

جنسیت: ☒ مذکر ☒ مونث

بخش 2: اطلاعات تماس عضو/نماینده مجاز

آدرس (شماره آپارتمان/واحد را درج کنید): _____
شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____
نام کامل فرد پاسخگو در دفتر: _____
شماره تلفن منزل: _____ شماره تلفن همراه: _____
ایمیل: _____

بخش 3: گواهی

من گواهی می‌دهم تا جایی که اطلاع دارم، اطلاعات درج‌شده در این فرم درخواست بازپرداخت عضو و مدارک پشتیبان ارائه‌شده، صحیح و درست است.

امضا: _____
نام با حروف بزرگ: _____ تاریخ: _____