



## FORM NG KAHILINGAN NG MIYEMBRO PARA SA PAG-REIMBURSE NG PARMASYA

Mangyaring gumamit ng isang (1) form para sa bawat gastusin kaugnay ng kalusugan na gusto mong i-reimburse sa iyo ng Alameda Alliance for Health (Alliance). Kumpletuhin ang lahat ng seksyon ng form at ilakip ang mga kinakailangang dokumentong nakalista sa ibaba. Hindi tatanggapin ng Alliance ang mga kahilingan na kulang ng mga kinakailangang dokumento.

SEKSYON A: IMPORMASYON NG MIYEMBRO		
Apelyido:	Pangalan:	Gitnang Inisyal:
Kaugnayan sa Miyembro: <input type="checkbox"/> Sarili <input type="checkbox"/> Asawa <input type="checkbox"/> Anak na Lalaki <input type="checkbox"/> Anak na Babae	Pangalan ng Awtorisadong Kinatawan:	
Numero ng ID ng Miyembro ng Alliance:	Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY):	Kasarian: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
SEKSYON B: IMPORMASYON SA PAKIKIPAG-UGNAYAN NG MIYEMBRO/AWTORISADONG KINATAWAN		
Address ng Kalye (pakilagay ang apt/unit number):		
Lungsod:	Estado:	Zip Code:
Numero ng Telepono sa Bahay:	Numero ng Cell Phone:	
SEKSYON C: ANO ANG ISUSUMITE KASAMA ANG FORM NA ITO		
<p><b>Ano ang Isusumite:</b> Kumpletuhin ang form na ito at ibigay ang label ng parmasya o pamphlet ng gamot ng parmasya na makukuha mo sa parmasya. Magbigay din ng patunay ng pagbabayad (gaya ng resibo). Bilang paalala, <b>hindi</b> tatanggapin ng Alliance ang mga kahilingang kulang ng impormasyon.</p> <p><b>Kailan Isusumite:</b> Tatanggapin at susuriin namin ang mga kahilingang matatanggap namin sa loob ng <b>180 araw</b> matapos ang petsa kung kailan nabayaran ang gamot. Hindi namin tatanggapin ang mga kahilingang <i>mahigit</i> sa <b>180 araw</b> na matapos ang petsa kung kailan nabayaran ang gamot.</p>		
SEKSYON D: SERTIPIKASYON		
Pinapatunayan ko, sa abot ng aking nalalaman, na ang impormasyon sa Kahilingan ng Miyembro para sa Pag-reimburse ng Parmasya at ang mga pansuportang dokumento ay tunay at tama.		
Lagda:	Isulat ang Pangalan sa Malalaking Titik:	Petsa:

## ISUMITE ANG IYONG KAHILINGAN

**Ipadala ang nakumpletong form ng kahilingan na ito kasama ang mga kinakailangang dokumento sa:**

Alameda Alliance for Health  
ATTN: Grievance & Appeals Department  
P.O. Box 2818  
Alameda, CA 94501-0818

Kung mayroon kang mga tanong, tumawag sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro ng Alliance sa **1.510.747.4567**.

Mga taong may mga problema sa pandinig at pagsasalita (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**.