



FORM NG KAHILINGAN NG MIYEMBRO PARA SA PAG-REIMBURSE

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	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>Ano 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. Bilang paalala, hindi tatanggapin ng Alliance ang mga kahilingang kulang ng impormasyon.</p> <p>Kailan Isusumite: Tatanggapin at susuriin namin ang mga kahilingang matatanggap namin sa loob ng 180 araw matapos ang petsa kung kailan nabayaran ang bill. Hindi namin matatanggap ang mga bill na natanggap nang lampas sa 180 araw ng kalendaryo pagkatapos ng petsa kung kailan nabayaran ang bill.</p>		
SEKSYON D: 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:	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**.