



فرم درخواست بازپرداخت داروخانه برای عضو

لطفاً برای هر هزینه مربوط به درمان که از Alameda Alliance for Health (Alliance) درخواست بازپرداخت آن را دارید، از یک فرم استفاده کنید. همه بخش‌های فرم را تکمیل کرده و مدارک مورد نیاز فهرست شده در زیر را پیوست کنید. Alliance نمی‌تواند درخواست‌هایی را که مدارک لازم را ندارند، بپذیرد.

بخش A: اطلاعات عضو		
نام خانوادگی:	نام کوچک:	حرف اول نام میانی:
نسبت با عضو:	نام نماینده مجاز:	جنسیت: تاریخ تولد: (سال/روز/ماه)
☐ خود شخص ☐ همسر ☐ پسر ☐ دختر		☐ زن ☐ مرد
بخش B: اطلاعات تماس عضو/نماینده مجاز		
شناسه عضویت Alliance:		
آدرس خیابان (لطفاً شماره آپارتمان/واحد را درج کنید):		
شهر:	ایالت:	کد پستی:
تلفن منزل:	تلفن همراه:	
بخش C: آنچه باید همراه با این فرم ارسال کنید		
چه چیزی باید ارسال شود: این فرم را تکمیل کرده و برچسب داروخانه یا بروشور دارویی داروخانه را که می‌توانید از داروخانه دریافت کنید، ارائه دهید. لطفاً مدرک پرداخت (مانند رسید) را نیز ارائه دهید. به عنوان یادآوری، Alliance نمی‌تواند درخواست‌هایی را که اطلاعات ناقص دارند بپذیرد.		
زمان ارسال: ما درخواست‌هایی را که ظرف 180 روز تقویمی پس از تاریخ پرداخت دارو دریافت می‌کنیم، قبول و بررسی خواهیم کرد. ما نمی‌توانیم درخواست‌هایی را که بیش از 180 روز پس از تاریخ پرداخت دارو دریافت می‌شوند، بپذیریم.		
بخش D: گواهی		
من گواهی می‌دهم که بر اساس بهترین دانسته‌هایم، اطلاعات درج‌شده در این فرم درخواست بازپرداخت عضو و مدارک پشتیبان ارائه‌شده، صحیح و درست می‌باشند.		
امضا:	نام با حروف بزرگ:	تاریخ:

درخواست‌تان را ارسال کنید

فرم درخواست تکمیل‌شده را همراه با مدارک مورد نیاز به این آدرس ارسال کنید:

Alameda Alliance for Health

ATTN: Grievance & Appeals Department

P.O. Box 2818

Alameda, CA 94501-0818

اگر سؤالی دارید، با بخش خدمات اعضای Alliance به شماره 1.510.747.4567 تماس بگیرید.

افراد دارای مشکل شنوایی و گفتاری (CRS/TTY): 1.800.735.2929/711