



計劃成員藥房報銷申請表

請就您向 Alameda Alliance for Health (Alliance) 申請報銷的每項健康費用使用一份表格。請填寫表格的所有部分，並附上下方列出的必要文件。若無必要文件，Alliance 無法受理您的申請。

A 部分：計劃成員資訊			
姓氏：	名字：	中間名縮寫：	
與計劃成員的關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒	授權代表姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期： (月/日/年)
B 部分：計劃成員/授權代表的聯絡資訊			
Alliance 計劃成員 ID：			
街道地址（請註明公寓/單元編號）：			
城市：	州：	郵遞區號：	
住宅電話：	手機號碼：		
C 部分：與此表一同提交的資訊			
提交哪些資訊： 完成此表並提供您可從藥房獲取的藥品標籤或藥房藥品小冊子。還請提供付款證明（例如收據）。作為提醒，Alliance 無法 受理缺少資訊的申請。			
何時提交： 我們將受理並審核在藥物支付日期起 180 個日曆日內收到的申請。對於在藥物支付日期起 180 個天 後 收到的申請，我們則無法受理。			
D 部分：證明			
本人特此證明，據本人所知，此計劃成員報銷申請表和所提供的證明文件中所含資訊真實且準確。			
簽名：	正楷書寫姓名：	日期：	

提交申請

請將此填妥的申請表連同必要文件郵寄至：

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

如有疑問，請致電 Alliance 計劃成員服務部，電話： **1.510.747.4567**
聽障與語障人士 (CRS/TTY) 專線： **711/1.800.735.2929**