



## ĐƠN YÊU CẦU HOÀN TIỀN CÁC LOẠI THUỐC CỦA HỘI VIÊN

Vui lòng sử dụng một đơn cho mỗi phí tổn y tế mà quý vị yêu cầu Alameda Alliance for Health (Alliance) hoàn tiền cho quý vị. Điền đầy đủ tất cả các mục của đơn này và đính kèm các tài liệu được liệt kê dưới đây. Alliance không thể chấp nhận yêu cầu mà thiếu các tài liệu được quy định.

Mục A: THÔNG TIN HỘI VIÊN			
Họ:	Tên:	Chữ Cái Đầu Tên Lót:	
Quan hệ với Hội Viên: <input type="checkbox"/> Bản thân <input type="checkbox"/> Vợ/chồng <input type="checkbox"/> Con trai <input type="checkbox"/> Con gái	Tên Người Đại Diện Được Ủy Quyền:	Giới Tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Ngày Sinh: (THÁNG/NGÀY/NĂM)
Mục B: THÔNG TIN LIÊN LẠC CỦA HỘI VIÊN/NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN			
ID Hội Viên Alliance:			
Địa Chỉ Đường Phố (vui lòng ghi Số Căn Hộ/Đơn Vị):			
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã bưu điện:	
Điện Thoại Nhà:	Điện Thoại Di Động:		
Mục C: NỘI CÁI GÌ KÈM THEO ĐƠN NÀY			
<b>Cần nộp gì:</b> Điền đầy đủ đơn này và cung cấp nhãn thuốc hoặc tờ bia gấp quảng cáo thuốc mà quý vị có thể lấy được từ nhà thuốc. Vui lòng kèm theo bằng chứng thanh toán (chẳng hạn như biên lai). Xin nhớ rằng, Alliance <b>không thể</b> chấp nhận yêu cầu mà thiếu các thông tin.			
<b>Cần nộp khi nào:</b> Chúng tôi sẽ chấp nhận và duyệt xét yêu cầu mà chúng tôi nhận được trong vòng 180 ngày lịch sau ngày thuốc được thanh toán. Chúng tôi không thể chấp nhận các yêu cầu <i>quá</i> 180 ngày kể từ ngày thuốc được thanh toán.			
Mục D: XÁC NHẬN			
Tôi xác nhận rằng, theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin trên Đơn Yêu Cầu Hoàn Tiền của Hội Viên và các tài liệu hỗ trợ kèm theo là đúng sự thật và chính xác.			
Chữ ký:	Tên Viết In Hoa:	Ngày:	

### NỘI YÊU CẦU CỦA QUÝ VỊ

Gửi yêu cầu đã được điền hoàn chỉnh này cùng với các tài liệu được quy định theo đường bưu điện đến:

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

Nếu quý vị có thắc mắc, xin liên lạc Ban Dịch Vụ Hội Viên Alliance theo số **1.510.747.4567**  
Người khiếm thính và khiếm ngôn (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**