



## 計畫成員報銷申請表

請就您申請 Alameda Alliance for Health (Alliance) 為您報銷的每項健康費用使用一份表格。請填寫此表的所有部分，並附上必要的帳單。如此我們能夠更加快速地處理您的申請。

A 部分：計畫成員資訊			
姓氏：	名字：	中間名縮寫：	
與計畫成員的關係： <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：計畫成員/授權代表的聯絡資訊			
Alliance 計畫成員 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			
<b>提交哪些資訊：</b> 請填寫此表並提供帳單原件的副本。您必須附上明細帳單，其可從服務提供者處索取。若無明細帳單，Alliance <b>無法</b> 受理您的申請。			
<b>何時提交：</b> 我們將受理並審核在帳單支付日期起 90 個日曆日內收到的申請。對於自帳單支付日期起 90 天後收到的帳單，我們 <b>無法</b> 受理。			
D 部分：證明			
本人特此證明，據本人所知，此計畫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

請將填妥的申請表和明細帳單郵寄至：

Alameda Alliance for Health

ATTN: Grievance & Appeals Department

P.O. Box 2818

Alameda, CA 94501-0818

如有疑問，請致電 Alliance 計畫成員服務部，電話：510.747.4567

聽力與語言殘障的人士 (CRS/TTY) 專線：711/1.800.735.2929