



FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DEL MIEMBRO

Use un formulario por cada gasto de salud que solicita que Alameda Alliance for Health (Alliance) le reembolse. Llene todas las secciones del formulario y adjunte las facturas requeridas. De esa forma podremos procesar más rápido su solicitud.

Sección A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO			
Apellido:	Nombre:	Inicial de su segundo nombre:	
Parentesco con el miembro: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Nombre del representante autorizado:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)
Sección B: INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL MIEMBRO/REPRESENTANTE AUTORIZADO			
Identificación de miembro de Alliance:			
Dirección (incluya el número de departamento/unidad):			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Teléfono de casa:	Teléfono celular:		
Sección C: LO QUE DEBE PRESENTAR CON ESTE FORMULARIO			
Qué debe presentar: llene este formulario y proporcione una copia de la(s) factura(s) original(es). Debe adjuntar las facturas detalladas que puede solicitar a su proveedor. The Alliance no puede aceptar solicitudes que no tengan facturas detalladas.			
Cuándo debe presentarla: Aceptaremos y revisaremos las solicitudes que recibamos en un plazo de 90 días calendario después de la fecha en que se pagó la cuenta. No podemos aceptar facturas recibidas <i>después</i> de 90 días de que se haya pagado la cuenta.			
Sección D: CERTIFICACIÓN			
Certifico que, hasta donde sé, la información en este Formulario de solicitud de reembolso del miembro y documentos de apoyo proporcionados son verdaderos y correctos.			
Firma:	Nombre con letra de imprenta:	Fecha:	

PRESENTE SU SOLICITUD

Envíe por correo este formulario de solicitud lleno con sus facturas detalladas a:

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

Si tiene alguna otra pregunta, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al **510.747.4567**.
Personas con problemas auditivos y del habla (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**