



ĐƠN YÊU CẦU HOÀN TIỀN 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 hóa đơn theo yêu cầu. Bằng cách này, chúng tôi có thể xử lý yêu cầu của quý vị nhanh chóng hơn.

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 DUNG CẦN KÈM THEO ĐƠN NÀY

Cần nộp gì: Điền đầy đủ đơn này và kèm theo bản sao của (các) hóa đơn gốc. Quý vị phải đính kèm các hóa đơn chi tiết mà quý vị có thể yêu cầu từ nhà cung cấp của quý vị. Alliance **không thể** chấp nhận yêu cầu mà thiếu hóa đơn chi tiết.

Cần nộp khi nào: Chúng tôi sẽ chấp nhận và duyệt xét yêu cầu mà chúng tôi nhận được trong vòng 90 ngày lịch sau ngày hóa đơn được thanh toán. Chúng tôi **không thể** chấp nhận các hóa đơn nhận được *quá* 90 ngày kể từ ngày hóa đơn 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 DUNG YÊU CẦU CỦA QUÝ VỊ

Gửi đơn yêu cầu đã được điền đầy đủ này với các hóa đơn chi tiết của quý vị 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 **510.747.4567**.
Người khiếm thính và khiếm ngôn (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**