



**HOMECARE  
WORKER**

Supplemental & Benefits Trusts

Providing Benefits to Oregon Homecare  
and Personal Support Workers

### 医疗报销索赔表

姓氏	名字
通信地址	城市、州、邮政编码
社会安全号码	出生日期
电子邮件	首选语言
联系电话	最佳联系时间

<b>项目</b>	<b>报销项目</b>
-----------	-------------

Medicare B 部分保费 \$ \_\_\_\_\_

在您第一次符合资格时，必须提供第 B 部分保费证明以及保险的生效日期。

Medicare Advantage 计划、补充计划或第 D 部分或 Rx 计划（最高为 \$44） \$ \_\_\_\_\_

在您第一次符合资格时，必须提供 Medicare Advantage 计划、补充计划或 D 部分计划保费证明以及保险的生效日期。此后每年提供一次。

医疗保费报销 \$ \_\_\_\_\_

申请报销期间必须每月提供医疗保费的每月证明以及支付证明。

医疗实付费用 \$ \_\_\_\_\_

2017 年，每个日历年度的最高金额为 \$4000。2018 年，每个日历年度的最高金额为 \$5000。每次报销申请均需提供发自您的保险公司的福利说明书或含所开具处方药的药房收据。

**请将本表格及支持文件邮寄或传真至：**

邮件： Oregon Homecare Workers Trust, PO Box 6, Mukilteo, WA 98275

传真： Oregon Homecare Workers Trust, 1-866-459-4623

电话： 1-844-507-7554，选 3，然后选 2

我证实，本表格所提供的信息属实，表格上的费用已产生，且仅与我自身的医疗保险及费用相关。我同时证实，我尚未收到补充信托的报销，或从任何其他来源收到任何上述金额。

签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_