

Supplemental & Benefits Trusts

ĐƠN YÊU CẦU BỒI HOÀN Y TẾ

Họ	Tên
Địa chỉ nhận thư	Thành phố, Tiểu bang, Mã bưu chính
Số An sinh Xã hội	Ngày sinh
Email	Ngôn ngữ ưu tiên
Điện thoại liên hệ	Thời gian tốt nhất để gọi điện

KHOẢN MỤC**SỐ TIỀN YÊU CẦU BỒI HOÀN****Phí Bảo hiểm Medicare Part B**

\$ _____

Bằng chứng về phí bảo hiểm Part B và ngày hiệu lực của bảo hiểm phải được cung cấp khi quý vị hội đủ điều kiện lần đầu tiên.

Chương trình Medicare Advantage, Chương trình Supplement hoặc Part D hoặc Chương trình Rx (tối đa \$44)

\$ _____

Bằng chứng về phí bảo hiểm của một Chương trình Medicare Advantage, Chương trình Supplement HOẶC Chương trình Part D, và ngày hiệu lực của bảo hiểm phải được cung cấp khi quý vị hội đủ điều kiện lần đầu tiên và hàng năm sau đó.

Bồi hoàn Phí Bảo hiểm Y tế

\$ _____

Yêu cầu Bằng chứng Hàng tháng về Phí Bảo hiểm Y tế và bằng chứng thanh toán phải được cung cấp cho mỗi lần bồi hoàn theo tháng.

Chi phí Y tế Xuất túi

\$ _____

Tối đa là \$4000 mỗi năm lịch trong năm 2017 và tối đa là \$5.000 trong năm 2018. Bản Giải thích về Phúc lợi từ công ty bảo hiểm của quý vị hoặc biên nhận của nhà thuốc tây cùng với đơn thuốc phải được cung cấp cho từng lần yêu cầu bồi hoàn.

Vui lòng gửi qua Bưu điện hoặc Fax mẫu đơn này và các chứng từ hỗ trợ đến:

Qua bưu điện: Oregon Homecare Workers Trust, PO Box 6, Mukilteo, WA 98275

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

Điện thoại: 1-844-507-7554 Chọn 3, sau đó Chọn 2

Tôi xác nhận rằng thông tin cung cấp trong đơn này là đúng sự thật và tôi đã phát sinh những chi phí mô tả trong đơn này chỉ liên quan đến các chi phí và bảo hiểm y tế của tôi. Tôi cũng xác nhận rằng tôi chưa nhận bồi hoàn từ Quỹ Tín thác Trợ cấp hay bất kỳ nguồn hỗ trợ nào khác cho các khoản tiền được liệt kê bên trên.

Chữ ký: _____ Ngày: _____