



Supplemental & Benefit Trusts

Medicare (联邦医疗保险) 报销申请表 (以下内容请用英文填写)

法定姓名 (姓、名、中间名) \_\_\_\_\_

家庭住址 \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮编 \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_

居家护理工作号 \_\_\_\_\_ 性别 (男填“M”,女填“F”) \_\_\_\_\_

首选语言 (粤语填“Cantonese”, 国语填“Mandarin”) \_\_\_\_\_

家庭电子邮件地址 \_\_\_\_\_

- 本人理解: 如果勾选此框, 即表明本人愿意接收信托通过电子邮件发送的信息和更新内容
本人不愿意接收信托通过电子邮件发送的信息和更新内容

家庭电话 \_\_\_\_\_ 手机 \_\_\_\_\_

通过提供我的电话号码, 信托可以定期使用自动呼叫功能和/或向我的手机发送短信。信托绝不会收取短信提醒费用。运营商消息和数据费率可能适用于此类提醒。回复“STOP(停止)”以停止接收消息, 回复“HELP(帮助)”以获取更多信息。如果您希望选择停止接收短信, 请选中此框 Om

Table with 2 columns: 项目 (Item) and 申请报销额度 (Request Reimbursement Amount)

Medicare B 部分保费 \$ \_\_\_\_\_

在您首次符合资格时, 必须提供 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 D 部分或 Rx(处方药) 计划 (最高申请报销为 \$44) \$ \_\_\_\_\_

在您首次符合资格时, 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。此后每年予以提供。

医疗实付费用 \$ \_\_\_\_\_

2018 年, 此日历年度的最高福利金额为 \$5000。2019 年此, 每个日历年度的最高福利金额为 \$6,000。每次报销申请均需提供发自您的保险公司的福利说明书 (EOB: Explanation of Benefits) 或含所开具处方药的药房收据。

请通过 DocuSign、传真或邮寄方式将此表格和相关证明文件发送至:
DocuSign: 用此链接 www.orhomecaretrust.org/reimbursement/
传真至: Oregon Homecare Worker Trust, 1-866-459-4623
邮件至: Oregon Homecare Worker Trust, PO Box 6, Mukilteo, WA 98275
电话: 1-844-507-7554, 选 3, 然后选 2

我声明, 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。我还声明, 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的援助。

签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_