



## Supplemental & Benefit Trusts

### Formulario de reclamación de reintegro de Medicare

Nombre legal (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_

Domicilio particular \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número del proveedor \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Idioma de Preferencia \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico particular \_\_\_\_\_

- Comprendo que al marcar esta casilla indico que me gustaría recibir información y actualizaciones del Fideicomiso por correo electrónico
- Prefiero no recibir información y actualizaciones del Fideicomiso por correo electrónico

Teléfono fijo \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Al proporcionar mi número de teléfono, los Fideicomisos pueden usar tecnologías de llamadas automáticas y/o enviar mensajes de texto a mi teléfono celular de forma periódica. Los Fideicomisos nunca cobrarán por estas alertas de mensajes de texto. Es posible que el proveedor del servicio aplique cargos o tarifas por los mensajes y datos móviles para tales alertas. Responda STOP (detener) para dejar de recibir mensajes, responda HELP (ayuda) para obtener más información. Si no desea recibir mensajes de texto, marque esta casilla

#### ÍTEM

#### REINTEGRO SOLICITADO

**Prima de la Parte B de Medicare** \$ \_\_\_\_\_

Deberá proporcionar un comprobante de la prima de la Parte B y la fecha de vigencia de la cobertura cuando sea elegible por primera vez.

**Plan Advantage de Medicare, Plan suplementario o Parte D o Plan de recetas (hasta \$44)** \$ \_\_\_\_\_

Deberá proporcionar un comprobante de la prima del Plan Advantage de Medicare, el Plan Suplementario o el Plan de la Parte D y la fecha de vigencia de la cobertura cuando sea elegible por primera vez, y de forma anual a partir de ese momento.

**Gastos médicos extra** \$ \_\_\_\_\_

Hasta \$5000 por año natural en 2018 y hasta \$6000 en 2019. Deberá proporcionar la Explicación de Beneficios de su compañía de seguros o un recibo de la farmacia con la receta emitida para cada solicitud de reintegro.

**Envíe este formulario y los documentos complementarios a través de DocuSign, por correo o fax a:**

**DocuSign:** [www.orphomecaretrust.org/reimbursement/](http://www.orphomecaretrust.org/reimbursement/)

**Por fax:** Fideicomiso para Trabajadores de Atención Domiciliaria de Oregón  
(Oregon Homecare Worker Trust), 1-866-459-4623

**Por correo postal:** Oregon Homecare Worker Trust, PO Box 6, Mukilteo, WA 98275

**Teléfono:** 1-844-507-7554 Opción 3, luego seleccione la Opción 2

**Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y que he incurrido en los gastos detallados en este formulario únicamente en relación con mi cobertura y mis gastos médicos. También certifico que aún no he recibido un reintegro del Fideicomiso Complementario o de ninguna otra fuente por las sumas mencionadas anteriormente.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_