



Supplemental & Benefit Trusts

Formulario de reclamación de reintegro médico

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

Reintegro de la prima del seguro médico \$ _____

Deberá proporcionar un comprobante de la Prima del seguro médico y un comprobante de pago por cada mes del que se solicita un reintegro.

- Marque aquí para un anticipo si tiene un plan familiar

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.orhomecaretrust.org/reimbursement/
Por fax: Fideicomiso para Trabajadores de Atención Domiciliaria de Oregon (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: _____