

## Supplemental &amp; Benefit Trusts

**Mẫu Yêu cầu Bồi hoàn Y tế**

Tên pháp lý (Họ, Tên, Tên đệm) \_\_\_\_\_

Địa chỉ Nhà \_\_\_\_\_

Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã bưu chính \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_\_

Mã số Nhà cung cấp \_\_\_\_\_ Giới tính \_\_\_\_\_ Ngôn ngữ ưu tiên \_\_\_\_\_

Địa chỉ Thư điện tử \_\_\_\_\_

- Tôi hiểu bằng việc đánh dấu vào ô này, tôi cho biết tôi muốn nhận thông tin và cập nhật từ Quý Tín Thác qua thư điện tử

- Tôi muốn chọn không nhận thông tin và cập nhật từ Quý Tín Thác qua thư điện tử

Điện thoại nhà \_\_\_\_\_ Điện thoại di động \_\_\_\_\_

Bằng việc cung cấp số điện thoại của tôi, Quý Tín Thác có thể sử dụng các công nghệ gọi điện tự động và/hoặc nhắn tin vào điện thoại di động cho tôi theo định kỳ. Quý Tín Thác sẽ không bao giờ tính phí cho thông báo tin nhắn văn bản. Thông báo của nhà cung cấp dịch vụ và tốc độ dữ liệu có thể áp dụng cho các cảnh báo. Trả lời NGỪNG LẠI (STOP) để ngừng nhận tin nhắn, trả lời GIÚP ĐỠ (HELP) để biết thêm thông tin. Nếu quý vị muốn chọn không nhận tin nhắn văn bản, vui lòng đánh dấu vào ô này

**KHOẢN MỤC****SỐ TIỀN YÊU CẦU BỒI HOÀN****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.

- Đánh dấu vào đây để được tạm ứng nếu đang tham gia chương trình gia đình

**Chi phí Y tế Xuất túi** \$ \_\_\_\_\_

Tối đa là \$5000 mỗi niên lịch trong năm 2018 và tối đa là \$6.000 trong năm 2019. 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 DocuSign, Fax, hoặc gửi qua bưu điện mẫu này và các chứng từ hỗ trợ đến:**

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

**Fax:** Oregon Homecare Worker Trust, 1-866-459-4623

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

**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 Quý Tín thác Trợ cấp hay bất kỳ nguồn hỗ trợ nào khác cho các khoản tiền được liệt kê bên trên.

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_