

Supplemental Trust**Mẫu Yêu cầu Bồi hoàn Medicare**

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. Phí dữ liệu và tin nhắn của nhà cung cấp dịch vụ 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****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 đủ điều kiện lần đầu tiên và hàng năm sau đó.

Chi phí Y tế Xuất túi \$ _____

Tối đa là \$6000 mỗi niên lịch trong năm 2019 và tối đa là \$6.190 trong năm 2020. 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/medicare**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: _____