

Hotel and Restaurant Employees Health and Welfare Trust Fund
East Bay Restaurant and Tavern Retirement Plan
1182 Market Street, Suite 320 • San Francisco • California • 94102-4919
Telephone: (844) 492-9159

要求報銷耐用醫療設備

你的報銷要求，必須包括填交此索賠表格和一份醫生處方設備以及供應者提供包括以下資料的細目帳單：

- 供應商名稱
- 供應商稅務號碼 #
- 所需設備的 CPT/HCPS 代號
- 處方此設備的診斷

請填妥以下部份連同所有所需資料寄往：

Hotel and Restaurant Employees Health and Welfare Trust Fund
Attention: Claims Manager
P.O. Box 555 • San Ramon, CA 94583

會員姓名（請用正楷）： _____

會員身份證號碼： _____

會員地址： _____

病人姓名： _____ 和病人的關係： _____

電話號碼： _____

病人出生日期： _____ 病人身份證號碼： _____

病人地址（如與會員不同）： _____

是否有任何其他的醫療保險將會承保此設備？（即：聯邦醫療保險，個人計劃，其他集體承保）？

是 否

如答是，請提供其他保險的名稱和聯絡資料：

我證明就我所知，上述及／或所附資料正確。

會員簽名

日期