

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
Teléfono: (844) 492-9159

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE EQUIPO MÉDICO DURADERO

Su solicitud de reembolso debe incluir este documento relleno junto con una copia de la prescripción de su médico para el equipo y una copia de la factura detallada del proveedor que incluye la siguiente información:

- El Nombre Completo del Proveedor
- El Número de Identificación fiscal (Tax ID) del Proveedor
- Los Códigos de CPT/HCPS del equipo necesario
- La condición diagnosticada para la que se le receta el equipo

Debe rellenar la siguiente sección y entregar toda la información necesaria al:

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

Nombre del Miembro: (en Letra de Molde) _____

No. de Identificación del Miembro: _____ Fecha de Nacimiento del Miembro: _____

Dirección del Miembro: _____

_____ No. de Tel.: _____

Nombre del Paciente: _____ Parentesco con el Miembro: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ No. De Identificación del Paciente: _____

Dirección del Paciente (si no es la misma que el Miembro): _____

¿Tiene algún otro Seguro Médico que cubrirá el costo de este equipo? (por ejemplo, Medicare, un Plan de Individuo, otra Cobertura Grupal) ☐ Sí ☐ No

Si es que Sí, anote el nombre de la Aseguradora y los datos de contacto de la Aseguradora Alternativa: _____

Certifico que la información anterior y adjunta es correcta a mi leal saber.

Firma del Miembro

Fecha