



3 West Road | Virks Building | Cranston, RI 02920

**Заявление на возмещение медицинских расходов
в связи с восстановлением страхования Medicaid**

Заполняйте разборчиво печатными буквами.

Имя и фамилия: _____ Дата: _____

Дата рождения: _____ Идентификатор Medicaid: _____ Идентификатор Medicare: _____

Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____

Адрес электронной почты: _____

Номер телефона: _____

Список оплаченных вами счетов, по которым вы запрашиваете возмещение:

Дата обслуживания	Имя поставщика/название аптеки	Была ли подана заявка в Medicare (да/нет)	Уплаченная вами сумма

Важные примечания:

- Если все ваши заявки не помещаются в отведенное выше поле, приложите дополнительный документ.
- Для всех платежей, за которые вы запрашиваете возмещение, у вас должна быть квитанция или чек.
 - Если у вас нет квитанций, попросите копию квитанции у поставщика услуг или в аптеке.
- Не отправляйте оригиналы документов, так как присланные документы не возвращаются.
- Поскольку Medicare является вашим основным медицинским страхованием, заявка должна быть сначала подана и обработана в Medicare Medicare.
 - Приложите к вашему заявлению документ «Разъяснение страховых выплат», который вы получили от вашей страховой компании Medicare.
- Обработка заявления занимает 8–10 недель.
- Заполните эту форму и отправьте ее вместе с прилагаемыми документами по адресу:

RI Executive Office of Health and Human Services
3 West Rd.
Virks Building, Room 340
Cranston, RI 02920



Как с нами связаться

Через Интернет: <https://healthyrhode.ri.gov>

С вопросами о доступном медицинском страховании звоните в HealthSource RI по телефону 1-855-840-4774

С вопросами о доступном медицинском страховании или социальных программах звоните в Департамент социальных служб (Department of Human Services, DHS) по телефону 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

Важная информация о ваших льготах Medicaid

Здравствуйтесь, !

Это письмо отправлено в дополнение к письму о восстановлении ваших льгот Medicaid, которое вы недавно получили. Если вы самостоятельно оплачивали медицинские счета после прекращения действия вашего страхования Medicaid и вы хотите получить возмещение этих расходов, заполните приложенную форму и отправьте ее по адресу:

RI Executive Office of Health and Human Services
3 West Rd.
Virks Building, Room 340
Cranston, RI 02920

Заполните все поля четко и разборчиво и как можно скорее отправьте все необходимые документы. К форме необходимо приложить документ «Разъяснение страховых выплат» (Explanation of Benefits, EOB), который вы получили от программы Medicare, и квитанции/чеки за все услуги. Не отправляйте нам оригиналы документов, так как присланные документы не возвращаются. После того как мы получим и рассмотрим ваши документы и подтвердим, что это допустимые расходы Medicaid, мы пришлем вам по почте чек на сумму возмещения. Обработка занимает от восьми до десяти недель.

Если у вас возникли вопросы, сначала позвоните по телефону 401-462-2354. Спасибо!



Вы имеете ПРАВО на обращение без дискриминации. В соответствии с Федеральным законом о гражданских правах и положениями и политиками в сфере гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (U.S. Department of Agriculture, USDA), Министерству сельского хозяйства США, его агентствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или осуществляющим их, запрещено допускать дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, религии, пола, гендерной идентичности (включая гендерное самовыражение), сексуальной ориентации, нетрудоспособности, возраста, семейного положения, семейного/родительского статуса, дохода, полученного от программы государственной помощи, политических убеждений или репрессий или ответных действий за предшествующую деятельность в области гражданских прав, в любой программе или деятельности, проводимой или финансируемой USDA (не все основания применимы ко всем программам). Средства правовой защиты и сроки подачи жалоб различаются в зависимости от программы или инцидента.

Лицам с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т. д.), следует связаться с ответственным агентством или центром TARGET USDA по телефону (202) 720-2600 (голосовая связь и ТТТ) или связаться с USDA через Федеральную релейную службу по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть предоставлена на других языках (кроме английского). Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, заполните форму «USDA Program Discrimination Complaint Form» (Жалоба на дискриминацию в рамках программы USDA) (AD-3027), которая доступна в Интернете по адресу

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> и в любом офисе USDA, или напишите в USDA письмо, указав в нем всю информацию, которая требуется в форме. Чтобы заказать копию формы жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в USDA: (1) почтой по адресу: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) факс: (202) 690-7442; или (3) по электронной почте: program.intake@usda.gov. USDA является поставщиком, работодателем и кредитором, поддерживающим равные возможности.

В соответствии с разделом VI Закона о гражданских правах от 1964 года (42 U.S.C. 2000d и сл.), разделом 504 Закона о реабилитации от 1973 года, с учетом поправок (29 U.S.C. 794), Законом об американцах с ограниченными возможностями от 1990 года (42 U.S.C. 12101 и сл.), разделом IX Закона о поправках об образовании от 1972 года (20 U.S.C. 1681 и сл.), Законом о продовольствии и питании от 2008 года (ранее назывался «Закон о продуктовых талонах»), Законом о дискриминации по возрасту от 1975 года, нормами применения Министерства здравоохранения и социальных служб США (45 C.F.R. части 80 и 84) и нормами применения Министерств образования США (34 C.F.R. части 104 и 106) и Службы питания и продовольствия (Food and Nutrition Services) Министерства сельского хозяйства США (7 C.F.R. 272.6); Исполнительное управление здравоохранения и социальных служб (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) и Департамент социальных служб (Department of Human Services, DHS) не допускают дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, религии, политических убеждений, возраста или гендера при принятии или предоставлении услуг, трудоустройства или лечения в рамках своих информационных и других программных мероприятий. В соответствии с другими положениями действующего законодательства EOHHS и DHS не допускают дискриминации по признаку сексуальной ориентации, гендерной идентичности или самовыражения. Для получения дополнительной информации об этих законах о недопущении дискриминации, нормах и процедурах рассмотрения жалоб на дискриминацию обращайтесь в DHS по адресу: 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, тел. (401) 462-2971. Чтобы сделать звонок с помощью Rhode Island Relay, наберите номер 7-1-1 или позвоните по одному из следующих бесплатных номеров: ТТТ: 1-800-745-5555, голосовая связь: 1-800-745-6575. Сотрудник по связям с общественностью является координатором реализации Раздела VI, администратором Управления реабилитационных услуг (Office of Rehabilitation Services, ORS), или назначенный им сотрудник является координатором реализации Раздела IX, Раздела 504 и ADA. Директор DHS или назначенный им сотрудник несет общую ответственность за соблюдение гражданских прав во всех программах агентства. Секретарь EOHHS отвечает за надлежащее рассмотрение проблем дискриминации, связанных с Medicaid, и всех подобных жалоб.



ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call 1-855-697-4347 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-697-4347 (TTY 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-697-4347 (ATS 711)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-697-4347 (TTY 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-697-4347 (телетайп 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-697-4347 (TTY 711)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-697-4347 (TTY 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-697-4347 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-697-4347 (TTY 711).

Dè dɛ nìà kɛ dyédɛ́ gbo: ɔ̃ jũ ké n̄ [Bàsɔ̀ò-wùdù-po-nyò] jũ ní, n̄í, à wuɖu kà kò d̄ò po-poò béin n̄ gbo kpáa. Dá 1-855-697-4347 (TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-697-4347 رقم هاتف الصم والبكم: (TTY 711).

Уведомление о недопущении дискриминации

Исполнительное управление здравоохранения и социальных служб (ЕОННС) и Департамент социальных служб (DHS) не допускают дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, политических убеждений, возраста, религии или гендера при принятии или предоставлении услуг, трудоустройства или лечения в рамках своих информационных и других программных мероприятий. В соответствии с другими положениями действующего законодательства ЕОННС и DHS не допускают дискриминации по признаку сексуальной ориентации, гендерной идентичности или самовыражения. Для получения дополнительной информации об этих законах о недопущении дискриминации, нормах и процедурах рассмотрения жалоб на дискриминацию обращайтесь в DHS по адресу: 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, телефон (401) 462-2971 (для глухих и слабослышащих 1-800-745-6575 (голосовая); TTY 711).

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>

