

نموذج تأكيد الاشتراك

نطلب منك تعبئة هذا النموذج لأننا نحتاج إلى مزيد من المعلومات لإكمال طلبك.

المتطلبات:

- ◀ حاول الاتصال من أجل حجز رحلتك على الأقل قبل **يومي عمل** من موعدك.
- ◀ يجب أن نتلقى هذا النموذج خلال 45 يومًا من موعدك.
- ◀ يجب عليك تضمين كافة الإيصالات المطلوبة.
- ◀ سنرسل أموالك خلال 14 يومًا من موعدك بعد استلامنا لنموذجك المكتمل وأي إيصالات مطلوبة.
- ◀ قد يستغرق الأمر 14 يومًا إضافيًا إذا كان طلبك غير مكتمل.

يرجى تعبئة معلومات العضو أدناه:

اسم العضو: _____

رقم معرف العضو لدى Health Share: _____

الأعضاء: أرسل النماذج المكتملة والإيصالات المطلوبة إلى: P.O. Box 301339, Portland, OR 97294

مقدم الرعاية الصحية: أرفق صفحة غلاف تتضمن تفاصيل الاتصال بالعيادة وأرسل النماذج بالفاكس إلى الرقم 503-296-2681

يمكنك الحصول على هذه الوثيقة بلغات أخرى أو بخط كبير أو بطريقة برايل أو بأي تنسيق تفضله. لديك أيضًا الحق في الحصول على مترجم. يمكنك الحصول على مساعدة مترجم فوري معتمد أو مؤهل في مجال خدمات الرعاية الصحية. يمكنك الحصول على هذه المساعدات مجانًا. اتصل بالرقم 800-224-4840 أو عبر خدمة الهاتف النصي على 711، أو أخبر مقدم الخدمة الخاص بك. نقبل المكالمات الواردة عبر خدمة الترحيل.

يرجى تعبئة التاريخ واليوم من الأسبوع لكل موعد من مواعيد العضو.

موظف العيادة: يرجى كتابة الأحرف الأولى من اسمك مع كل تاريخ حضر فيه العضو إلى المواعيد أو تلقى العلاج. مواعيد الرعاية الصحية عن بعد غير مؤهلة للحصول على تعويض.

السنة: _____

الشهر: _____

| الأحد | الاثنين | الثلاثاء | الأربعاء | الخميس | الجمعة | السبت |
|-------|---------|----------|----------|--------|--------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

بتوقيعي على هذا النموذج، أقر بأن المعلومات المقدمة صحيحة.

توقيع ممثل: _____ /مكتب الطبيب: