

فورم تأیید نوبت ملاقات

ما از شما درخواست می‌کنیم این فورم را پر کنید، زیرا به معلومات بیشتری برای تکمیل درخواست شما نیاز داریم.

شرایط مورد نیاز:

- ◀ تلاش کنید حداقل **دو روز کاری قبل از قرار ملاقات خود برای سفر** خود تماس بگیرید.
- ◀ ما باید این ورا ظرف **45 روز** پس از قرار ملاقات شما دریافت کنیم.
- ◀ شما باید تمام رسیدهای مورد نیاز را ضمیمه کنید.
- ◀ پس از دریافت فورم تکمیل شده و هر رسید مورد نیاز، پول شما ظرف **14 روز** پس از قرار ملاقات شما ارسال خواهد شد.
- ◀ در صورتی که درخواست شما ناقص باشد، ممکن است **14 روز** دیگر نیز طول بکشد.

لطفاً معلومات عضو را در پایین پر کنید

نام عضو: _____

شماره هویت عضو Health Share: _____

کادرهای مربوط به بازپرداخت که به سفر شما مربوط می‌شوند را علامت بزنید.

قرار ملاقات‌های Telehealth مشمول بازپرداخت نمی‌شوند.

بازپرداخت هزینه مسافت پیموده شده

بازپرداخت هزینه اقامت. مشمول بازپرداخت اقامت در صورت:

a. سفر قبل از ساعت 5 صبح آغاز شود یا بعد از ساعت 9 شب پایان یابد.

b. ارائه‌دهنده خدمات صحتی شما اعلام می‌کند که شما نیاز طبی دارید.

رسیدها لازم است.

بازپرداخت هزینه وعده غذایی. مشمول بازپرداخت وعده‌های غذایی در صورت:

a. زمان سفر رفت و برگشت چهار ساعت یا بیشتر است

b. سفر قبل از ساعت 6 صبح آغاز شود، کل زمان ناهار از 11:30 صبح تا 1:30 بعد از ظهر را

شامل شود، یا بعد از ساعت 6:30 عصر پایان یابد.

رسیدها لازم نیستند.

اعضا: فورم‌های تکمیل شده و رسیدها را به آدرس زیر پست کنید: P.O. Box 301339, Portland, OR 97294

ارائه‌دهندگان خدمات صحتی: یک برگه پوششی همراه با جزئیات تماس کلینیک ضمیمه کنید و سپس فورم‌ها را به شماره فکس 503-296-2681 ارسال کنید.

آیا به نسخه‌های بیشتری از این فورم نیاز دارید؟ به آدرس ridetocare.com/members مراجعه کنید.

با تشکر!

درخواست شماره 1

تاریخ و زمان شروع قرار ملاقات:

نام ارائه دهنده:

آدرس ارائه دهنده:

امضای کارمندان ارائه دهنده:

زمان پایان نوبت ملاقات:

درخواست شماره 2

تاریخ و زمان شروع قرار ملاقات:

نام ارائه دهنده:

آدرس ارائه دهنده:

امضای کارمندان ارائه دهنده:

زمان پایان نوبت ملاقات:

درخواست شماره 3

تاریخ و زمان شروع قرار ملاقات:

نام ارائه دهنده:

آدرس ارائه دهنده:

امضای کارمندان ارائه دهنده:

زمان پایان نوبت ملاقات:

شما می‌توانید این سند را به زبان‌های دیگر، چاپ درشت، بریل یا قالبی که ترجیح می‌دهید دریافت کنید. شما همچنان حق دارید که یک ترجمان شفاهی داشته باشید. شما می‌توانید از یک ترجمان شفاهی تصدیق شده یا واجد شرایط در مراقبت‌های صحتی کمک بگیرید. این کمک رایگان است. با شماره 800-224-4840، 711 TTY تماس بگیرید، یا به ارائه کننده خود بگویید. ما تماس‌های خدمات رله را می‌پذیریم.