

فورم تایید اشتراک

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 تکمیل‌شده 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 زیر پر کنید:

نام عضو: _____

شماره هویت عضو Health Share: _____

اعضا: فورم‌های تکمیل‌شده و رسیدهای مورد نیاز 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 503-2681-296 ارسال کنید.

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 ارائه‌کننده خود بگویید. ما تماس‌های خدمات رله را می‌پذیریم.

لطفاً تاریخ و روز هفته هر یک از قرار ملاقات‌های عضو را پر کنید.

کارمندان کلینیک: لطفاً ابتدای هر تاریخی که عضو در قرار ملاقات حضور داشته یا تداوی دریافت کرده است را امضا کنید. قرار ملاقات‌های Telehealth مشمول بازپرداخت نمی‌شوند.

ماه: _____ سال: _____

یکشنبه	دوشنبه	سه‌شنبه	چهارشنبه	پنج‌شنبه	جمعه	شنبه

با امضای این فورم، گواهی می‌کنم که معلومات ارائه شده صحیح است.

امضا داکتر / نماینده دفتر: _____ تاریخ: _____