



Форма підтвердження прийому

Ми просимо вас заповнити цю форму, оскільки нам потрібна додаткова інформація для виконання вашого запиту.

Вимоги:

- ▶ Спробуйте зателефонувати та забронювати поїздку як мінімум за **два робочі дні** до прийому.
- ▶ Ми повинні отримати цю форму протягом 45 днів після вашого прийому.
- ▶ Ви повинні додати всі необхідні квитанції.
- ▶ Ми надішлемо вам гроші протягом 14 днів після вашого прийому, щойно отримаємо вашу заповнену форму та всі необхідні квитанції.
- ▶ Це може зайняти ще 14 днів, якщо ваш запит буде неповним.

Заповніть інформацію про учасника нижче

Ім'я та прізвище учасника: _____

Ідентифікаційний номер учасника Health Share: _____

Позначте поля для відшкодування, що застосовуються до вашої поїздки.

Вартість телемедичних послуг не відшкодовується.

Відшкодування пробігу

Відшкодування витрат на проживання Має право на проживання, якщо:

а. Поїздка починається до 5 ранку або закінчується після 9 вечора.

б. Ваш постачальник медичних послуг повідомляє, що у вас є медична потреба

Потрібні квитанції.

Відшкодування витрат на харчування Має право на харчування, якщо:

а. Час у дорозі становить чотири або більше годин туди й назад

б. Поїздка починається до 6:00 ранку, охоплює весь обідній період з 11:30 до 13:30 та закінчується після 18:30.

Квитанції не потрібні.

Учасники: надсилайте заповнені форми та необхідні квитанції за адресою:

P.O. Box 301339, Portland, OR 97294

Постачальники медичних послуг: додайте титульний аркуш із контактною інформацією клініки та надішліть форму факсом на номер: 503-296-2681

Потрібні додаткові копії цієї форми? Відвідайте ridetocare.com/members

Дякуємо!

Запит № 1

Дата та час початку прийому:

Назва або ім'я постачальника:

Адреса постачальника:

Підпис персоналу постачальника:

Час закінчення прийому:

Запит № 2

Дата та час початку прийому:

Назва або ім'я постачальника:

Адреса постачальника:

Підпис персоналу постачальника:

Час закінчення прийому:

Запит № 3

Дата та час початку прийому:

Назва або ім'я постачальника:

Адреса постачальника:

Підпис персоналу постачальника:

Час закінчення прийому:

Ви можете отримати цей документ іншими мовами, великим шрифтом, шрифтом Брайля або в будь-якому іншому форматі, який вам підходить. Ви також маєте право на перекладача. Ви можете отримати допомогу від сертифікованого або кваліфікованого перекладача з медичних питань. Допомога надається безкоштовно. Зателефонуйте за номером 800-224-4840, ТТУ 711 або зверніться до свого постачальника медичних послуг. Ми приймаємо ретрансляційні дзвінки.