



Форма підтвердження підписки

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: _____

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

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.

Заповніть дату та день тижня для кожного прийому учасника.

Персонал клініки: ставте ініціали біля кожної дати, коли учасник відвідував прийоми або отримував лікування. Вартість телемедичних послуг не відшкодовується.

Місяць: _____ Рік: _____

Неділя	Понеділок	Вівторок	Середа	Четвер	П'ятниця	Субота

Підписуючи цю форму, я засвідчую, що надана інформація є правильною.

Підпис лікаря/представника офісу: _____ Дата: _____