



就診確認表

您可索取本表格的大字版或其他語言版本。請致電免費電話 855-321-4899 或聽障專線 711 與客戶服務部聯絡。

提醒事項：

- ▶ 在可能的情況下，請在就診前至少提前兩個工作日致電預約行程。
- ▶ 我們必須在就診後的 45 個日曆日內收到本表格。
- ▶ 您必須附上所有必要收據。
- ▶ 我們將會在收到本表格及必要收據後的 14 個工作日內將款項寄出。

註：您有權申請當天或隔天接送服務。但如果您在快要就診時才提出申請且接送服務的需求量很高，我們會優先處理具有醫療緊急性的申請。

請填寫以下會員資訊。

會員姓名：_____

Health Share 會員識別號碼：_____

請勾選適用於您行程費用補償的方框。

- 里程油費補償：每英里 25 美分。
- 住宿費補償：每晚最多 \$80，但有一些例外情況。如果行程總計超過八小時、行程開始時間早於清晨 5 點或結束時間晚於晚上 9 點，或者位於服務區域外，則有資格獲得住宿費補償。**需附上收據。**
- 餐費補償：每餐 \$11，每天最多 \$33。
如果行程開始時間早於清晨 6 點、行程時間介於上午 11:30 至下午 1:30 或行程結束時間晚於晚上 6:30，則有資格獲得餐費補償。**無需附上收據。**

會員：請將填妥的表格及必要收據郵寄至
P.O. Box 301339, Portland, OR 97294

醫療保健服務提供者：請附上列有診所詳細聯絡資訊的封頁並將表格傳真至 503-296-2681

需要再索取幾份此表格嗎？您可在下列網站取得此表格：ridetocare.com/members

感謝您！



申請編號 1

就診日期及開始時間：_____

醫療服務提供者姓名／名稱：_____

醫療服務提供者地址：_____

醫療服務提供者工作人員簽名：_____

就診結束時間：_____

申請編號 2

就診日期及開始時間：_____

醫療服務提供者姓名／名稱：_____

醫療服務提供者地址：_____

醫療服務提供者工作人員簽名：_____

就診結束時間：_____

申請編號 3

就診日期及開始時間：_____

醫療服務提供者姓名／名稱：_____

醫療服務提供者地址：_____

醫療服務提供者工作人員簽名：_____

就診結束時間：_____