

## Giấy xác nhận cuộc hẹn thăm khám

Quý vị có thể yêu cầu giấy xác nhận này bằng chữ in lớn hoặc ngôn ngữ khác. Liên lạc với Bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số miễn phí 855-321-4899 hoặc TTY 711.

### Nhắc nhở:

- ▶ Bất cứ khi nào có thể, xin quý vị vui lòng gọi để sắp xếp chuyến đi trước ngày hẹn khám ít nhất hai ngày làm việc.
- ▶ Chúng tôi phải nhận được giấy xác nhận này trong vòng tối đa 45 ngày kể từ ngày hẹn.
- ▶ Quý vị phải đính kèm tất cả các biên lai theo yêu cầu.
- ▶ Chúng tôi sẽ gửi tiền trong vòng 14 ngày làm việc kể từ ngày chúng tôi nhận được giấy xác nhận này và biên lai.

Lưu ý: Quý vị có quyền yêu cầu chuyến đi cùng ngày hoặc vào ngày hôm sau. Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu chuyến đi vào giờ cuối khi nhu cầu đi xe đang cao, chúng tôi sẽ dành ưu tiên cho các trường hợp khẩn cấp về mặt y tế.

### Vui lòng điền thông tin thành viên dưới đây.

Tên thành viên: \_\_\_\_\_

Số ID Thành viên Health Share: \_\_\_\_\_

### Đánh dấu vào ô vuông phù hợp với hình thức hoàn lại tiền cho chuyến đi của quý vị.

- Hoàn lại tiền đi xe tính theo dặm: 25 xu mỗi dặm.
- Hoàn trả chi phí lưu trú: Tối đa \$80 mỗi tối, với một vài ngoại lệ. Quý vị hội đủ điều kiện được hoàn lại tiền lưu trú nếu chuyến đi của quý vị kéo dài tổng cộng hơn 8 tiếng, bắt đầu trước 5:00 sáng và kết thúc sau 9:00 tối, hoặc nằm ở bên ngoài khu vực phục vụ. **Cần cung cấp biên lai.**
- Hoàn trả chi phí ăn uống: \$11 mỗi bữa ăn, tối đa \$33 mỗi ngày. Quý vị hội đủ điều kiện được hoàn lại tiền ăn nếu chuyến đi của quý vị khởi hành trước 6:00 sáng, diễn ra trong khoảng thời gian từ 11:30 sáng đến 1:30 chiều, hoặc chấm dứt sau 6:30 tối. **Không cần cung cấp biên lai.**

**Các Thành viên:** Gửi biểu mẫu đã điền hoàn chỉnh và biên lai theo yêu cầu đến:  
P.O. Box 301339, Portland, OR 97294

**Phòng khám/Văn phòng bác sĩ:** Kèm theo một tờ bì, trên đó ghi thông tin liên lạc của phòng khám của quý vị và fax các biểu mẫu này đến số 503-296-2681

Cần thêm bản sao của biểu mẫu này? Các bản sao có sẵn trên trang mạng:

[ridetocare.com/members](http://ridetocare.com/members)

Xin cảm ơn quý vị!



### Yêu cầu Số 1

Ngày và giờ bắt đầu của cuộc hẹn thăm khám: \_\_\_\_\_

Tên nhà cung cấp dịch vụ: \_\_\_\_\_

Địa chỉ phòng khám: \_\_\_\_\_

Chữ ký nhân viên phòng khám: \_\_\_\_\_

Giờ kết thúc cuộc hẹn: \_\_\_\_\_

### Yêu cầu Số 2

Ngày và giờ bắt đầu của cuộc hẹn thăm khám: \_\_\_\_\_

Tên nhà cung cấp dịch vụ: \_\_\_\_\_

Địa chỉ phòng khám: \_\_\_\_\_

Chữ ký nhân viên phòng khám: \_\_\_\_\_

Giờ kết thúc cuộc hẹn: \_\_\_\_\_

### Yêu cầu Số 3

Ngày và giờ bắt đầu của cuộc hẹn thăm khám: \_\_\_\_\_

Tên nhà cung cấp dịch vụ: \_\_\_\_\_

Địa chỉ phòng khám: \_\_\_\_\_

Chữ ký nhân viên phòng khám: \_\_\_\_\_

Giờ kết thúc cuộc hẹn: \_\_\_\_\_