



Бланк подтверждения подписки

Вы можете запросить этот бланк, напечатанный крупным шрифтом или на другом языке. Обращайтесь в отдел обслуживания клиентов по тел. 855-321-4899 (вызов бесплатный) или по линии трансляционной связи по тел. TTY 711.

Напоминаем:

- ▶ По возможности звоните, чтобы забронировать вашу поездку как минимум за два рабочих дня до приема.
- ▶ Мы должны получить этот бланк не позднее 45 календарных дней после даты приема.
- ▶ Вы должны приложить все требуемые квитанции.
- ▶ Мы отправим денежные средства в течение 14 рабочих дней с момента получения этого бланка и требуемых квитанций.

Примечание. Вы имеете право заказать поездку в день звонка или на следующий день. Тем не менее, если ваш заказ на поездку размещается за короткий срок в то время, когда спрос на поездки очень высок, срочные медицинские заказы исполняются в первоочередном порядке.

Пожалуйста, ниже заполните информацию об участнике:

Имя, фамилия участника: _____

Идентификационный номер участника программы Health Share: _____

Для участников: отправляйте заполненные бланки и требуемые квитанции по почте по адресу: P.O. Box 301339, Portland, OR 97294

Для поставщиков медицинских услуг: приложите титульный лист с контактными данными клиники и отправьте документы по факсу на номер: 503-296-2681



Пожалуйста, укажите дату рядом с днем недели для каждого приема участника.

Для сотрудника клиники: пожалуйста, поставьте инициал рядом с каждой датой, когда участник посетил прием или проходил лечение.

Месяц: _____ **Год:** _____

Воскресенье	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота

Подписывая этот бланк, я подтверждаю, что предоставленная информация является достоверной.

Подпись клиента/опекуна: _____ Дата: _____

Подписывая этот бланк, я подтверждаю, что предоставленная информация является достоверной.

Подпись врача/представителя кабинета врача: _____ Дата: _____