



Formulario de verificación de la suscripción

Puede solicitar este formulario en letra grande o en otro idioma. Llame gratis al Departamento de Atención al Cliente al 855-321-4899 o al 711 (TTY, para personas con problemas auditivos)

Recordatorios:

- ▶ Siempre que sea posible, llame para programar su transporte al menos dos días hábiles antes de la cita.
- ▶ Debemos recibir este formulario a más tardar en 45 días naturales después de la cita.
- ▶ Debe incluir todos los recibos requeridos.
- ▶ Le enviaremos los fondos en un plazo de 14 días hábiles a partir de haber recibido este formulario y los recibos requeridos.

Nota: Tiene derecho a solicitar transporte para el mismo día o para el día siguiente. Sin embargo, si hace su solicitud con poca antelación, y la demanda de transporte es alta, les daremos prioridad a las solicitudes médicamente urgentes.

Llene la siguiente información de miembro:

Nombre del miembro: _____

Número de identificación de miembro de Health Share: _____

Miembros: envíen por correo postal los formularios completados y los recibos requeridos a:
P.O. Box 301339, Portland, OR 97294

Proveedores de atención de salud: incluyan una portada con la información de contacto de la clínica y envíen los formularios por fax al: 503-296-2681



Ingrese la fecha para el día de la semana de cada una de las citas del miembro.

Personal de la clínica: coloque sus iniciales en cada fecha en la cual el miembro asistió a las citas o recibió tratamiento.

Mes: _____ **Año:** _____

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Al firmar este formulario, certifico que la información proporcionada es correcta.

Firma del cliente/tutor(a): _____ Fecha: _____

Al firmar este formulario, certifico que la información proporcionada es correcta.

Firma del médico/representante del consultorio: _____ Fecha: _____