



## 訂閱確認表

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：\_\_\_\_\_

**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

