

## 진료 예약 확인서

귀하의 요청을 처리하기 위해 추가 정보가 필요하므로 이 양식을 작성해 주시기 바랍니다.

### 요구 사항:

- ▶ 진료 예약일 최소 **2영업일** 전에 이동을 위해 전화로 예약해 주십시오.
- ▶ 이 양식은 진료 예약일로부터 45일 이내에 제출되어야 합니다.
- ▶ 필요한 모든 영수증을 반드시 첨부해야 합니다.
- ▶ 작성된 양식과 필요한 영수증을 접수한 후 진료일로부터 14일 이내에 환급금을 보내드립니다.
- ▶ 요청 내용이 불완전한 경우, 처리 기간이 14일 더 걸릴 수 있습니다.

### 아래의 회원 정보를 기입해 주십시오

회원 이름: \_\_\_\_\_

Health Share 회원 ID 번호: \_\_\_\_\_

### 이동에 해당하는 환급 항목에 체크 표시해 주십시오.

원격 진료 예약은 환급 대상이 아닙니다.

**주행 거리 환급**

**숙박비 환급.** 다음과 같은 경우 숙박비 환급 대상입니다.

- 이동이 오전 5시 이전에 시작되거나 오후 9시 이후에 종료되는 경우
- 담당 의료진이 의료적 필요성이 있다고 판단한 경우

**영수증이 필요합니다.**

**식비 환급.** 다음과 같은 경우 식비 환급 대상입니다.

- 왕복 이동 시간이 4시간 이상인 경우
- 이동이 오전 6시 이전에 시작되거나, 오전 11시 30분부터 오후 1시 30분까지의 점심 시간 전체에 걸쳐 있거나, 오후 6시 30분 이후에 종료되는 경우.

**영수증은 필요하지 않습니다.**

**회원:** 작성한 양식과 영수증을 다음 주소로 우편 발송해 주십시오. P.O. Box 301339, Portland, OR 97294

**의료 서비스 제공자:** 진료소 연락처가 기재된 표지를 첨부하고 양식을 503-296-2681번으로 팩스 전송해 주십시오.

이 양식의 사본이 더 필요하십니까? [ridetocare.com/members](http://ridetocare.com/members)로 이동하십시오

감사합니다!

## 요청 번호 1

진료 예약 날짜 및 시작 시간:

의료 서비스 제공자 이름:

의료 서비스 제공자 주소:

의료진 서명:

진료 예약 종료 시간:

## 요청 번호 2

진료 예약 날짜 및 시작 시간:

의료 서비스 제공자 이름:

의료 서비스 제공자 주소:

의료진 서명:

진료 예약 종료 시간:

## 요청 번호 3

진료 예약 날짜 및 시작 시간:

의료 서비스 제공자 이름:

의료 서비스 제공자 주소:

의료진 서명:

진료 예약 종료 시간:

이 문서는 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 귀하가 선호하는 형식으로 제공받을 수 있습니다. 또한 통역사를 요청할 권리가 있습니다. 공인 또는 자격을 갖춘 의료 통역사의 도움을 받으실 수 있습니다. 이 도움은 무료로 제공됩니다. 800-224-4840, TTY 711번으로 전화하시나 담당 의료 서비스 제공자에게 말씀해 주십시오. 장애인용 연결 전화도 이용 가능합니다.