



## 就诊信息核实表

我们需要更多信息以完成对您请求的审核, 请您完成对此表格的填写。

### 填写要求:

- ▶ 请至少在就诊日前**两个工作日**致电安排您的行程。
- ▶ 我们必须在您就诊日后45天内收到此表格。
- ▶ 您必须附上所有要求的收据。
- ▶ 在我们收到您填妥的表格及任何所需收据后, 我们将在您就诊日后14天内向您付款。
- ▶ 如果您请求所包含的信息不完整, 我们可能需要再花14天处理。

### 请填写以下会员信息

会员姓名: \_\_\_\_\_

Health Share会员ID号: \_\_\_\_\_

### 请勾选适用于您行程的报销类别。

远距保健就诊不符合报销条件。

**里程报销**

**住宿报销。**符合住宿报销的条件:

- 行程在早上5:00前开始, 或在晚上9:00后结束
  - 您的保健提供者确认您有医疗需要
- 需要收据。**

**餐费报销。**符合餐费报销的条件:

- 往返行程时间为四小时或以上
  - 行程在早上6:00前开始, 跨越整个午餐时段(上午11:30至下午1:30), 或在晚上6:30后结束
- 无需收据。**

**会员:** 请将填妥的表格和收据邮寄至: P.O. Box 301339, Portland, OR 97294

**保健提供者:** 请附上诊所联系信息的封面页, 并将表格传真至: 503-296-2681

需要更多份此表格? 请访问 [ridetocare.com/members](http://ridetocare.com/members)

谢谢!

## 请求1

---

就诊日期和开始时间:

---

保健提供者名称:

---

保健提供者地址:

---

保健提供者工作人员签名:

---

就诊结束时间:

---

## 请求2

---

就诊日期和开始时间:

---

保健提供者名称:

---

保健提供者地址:

---

保健提供者工作人员签名:

---

就诊结束时间:

---

## 请求3

---

就诊日期和开始时间:

---

保健提供者名称:

---

保健提供者地址:

---

保健提供者工作人员签名:

---

就诊结束时间:

---

您可获得其他语言、大字体、盲文或您偏好格式的此文件。您也有权获得口译服务。您可以获取经认证或合格医疗保健口译员所提供的协助。这项帮助是免费的。请拨打800-224-4840、听障语障专线711，或告知您的保健提供者。我们接受中继呼叫。