



## Biểu mẫu xác nhận cuộc hẹn

Chúng tôi đề nghị quý vị điền vào biểu mẫu này vì chúng tôi cần thêm thông tin để hoàn tất yêu cầu của quý vị.

### Các yêu cầu:

- ▶ Hãy cố gắng gọi điện đặt chuyến đi ít nhất **hai ngày làm việc** trước khi đến ngày hẹn thăm khám.
- ▶ Chúng tôi phải nhận được biểu mẫu này trong vòng 45 ngày kể từ cuộc hẹn thăm khám.
- ▶ Quý vị phải đính kèm tất cả các hóa đơn được yêu cầu.
- ▶ Chúng tôi sẽ thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày kể từ ngày diễn ra cuộc hẹn, sau khi chúng tôi nhận được biểu mẫu đã điền đầy đủ và mọi hóa đơn nào được yêu cầu.
- ▶ Chúng tôi có thể sẽ cần thêm 14 ngày nữa nếu yêu cầu của quý vị chưa đầy đủ thông tin.

### Vui lòng điền thông tin về hội viên vào phần bên dưới

Tên hội viên: \_\_\_\_\_

Mã hội viên Health Share: \_\_\_\_\_

### Chọn ô bồi hoàn phù hợp cho chuyến đi của quý vị.

Các cuộc hẹn y tế từ xa không đủ điều kiện để được bồi hoàn.

**Bồi hoàn chi phí di chuyển**

**Bồi hoàn chi phí lưu trú.** Đủ điều kiện để lưu trú nếu:

- Chuyến đi bắt đầu trước 5 giờ sáng hoặc kết thúc sau 9 giờ tối.
- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị xác nhận rằng quý vị có nhu cầu cần thiết về mặt y tế

**Yêu cầu phải có biên nhận.**

**Bồi hoàn chi phí ăn uống.** Đủ điều kiện về ăn uống nếu:

- Thời gian di chuyển từ bốn tiếng trở lên cho cả chuyến đi khứ hồi
- Chuyến đi bắt đầu trước 6 giờ sáng, kéo dài xuyên suốt toàn bộ thời gian ăn trưa từ 11:30 sáng đến 1:30 chiều, hoặc kết thúc sau 6:30 chiều.

**Không yêu cầu phải có biên nhận.**

**Hội viên:** Gửi biểu mẫu đã điền và hóa đơn qua thư đến: P.O. Box 301339, Portland, OR 97294

**Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe:** Gửi kèm một tờ bìa có ghi thông tin liên lạc của phòng khám và gửi các biểu mẫu qua fax đến số 503-296-2681

Quý vị cần thêm bản sao của biểu mẫu này? Hãy truy cập [ridetocare.com/members](http://ridetocare.com/members)

Xin cảm ơn quý vị!

## Yêu cầu số 1

---

Ngày hẹn và giờ bắt đầu:

---

Tên nhà cung cấp:

---

Địa chỉ của nhà cung cấp:

---

Chữ ký nhân viên của nhà cung cấp:

---

Thời gian kết thúc cuộc hẹn:

---

## Yêu cầu số 2

---

Ngày hẹn và giờ bắt đầu:

---

Tên nhà cung cấp:

---

Địa chỉ của nhà cung cấp:

---

Chữ ký nhân viên của nhà cung cấp:

---

Thời gian kết thúc cuộc hẹn:

---

## Yêu cầu số 3

---

Ngày hẹn và giờ bắt đầu:

---

Tên nhà cung cấp:

---

Địa chỉ của nhà cung cấp:

---

Chữ ký nhân viên của nhà cung cấp:

---

Thời gian kết thúc cuộc hẹn:

---

Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng các ngôn ngữ khác, bản in chữ lớn, chữ nổi braille hoặc định dạng mà quý vị mong muốn. Quý vị cũng có quyền yêu cầu một thông dịch viên. Quý vị có thể nhận được sự trợ giúp từ một thông dịch viên chăm sóc sức khỏe có trình độ hoặc có chứng nhận. Sự trợ giúp này được cung cấp miễn phí. Gọi tới số 800-224-4840, TTY 711 hoặc thông báo với nhà cung cấp của quý vị. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.

**ridetocare.com** | P.O. Box 301339, Portland, OR 97294 | số điện thoại miễn phí 855-321-4899 | TTY 711