



Форма подтверждения приема

Просим вас заполнить эту форму, поскольку нам необходимо больше информации для выполнения вашего запроса.

Требования:

- ▶ Постарайтесь сообщить о поездке по телефону не менее чем за **два рабочих дня** до назначенного приема.
- ▶ Мы должны получить эту форму в течение 45 дней после назначенного приема.
- ▶ Вы должны приложить все необходимые чеки.
- ▶ Мы перечислим вам деньги в течение 14 дней после назначенного приема, как только мы получим заполненную форму и все необходимые чеки.
- ▶ Если предоставленная информация окажется неполной, возврат может занять дополнительные 14 дней.

Заполните информацию об участнике ниже

Ф.И.О. участника: _____

Идентификационный номер участника Health Share: _____

Отметьте пункты возврата, которые подходят для вашей поездки.

Средства за приемы через службу Telehealth не подлежат возврату.

- Возврат средств за транспортные расходы**
- Возврат средств за проживание.** Доступно при следующих условиях:
- а. Поездка начинается раньше 5:00 или заканчивается позже 21:00.
 - б. Ваш поставщик медицинских услуг подтверждает медицинскую необходимость
- Требуются чеки.**
- Возврат средств за питание.** Доступно при следующих условиях:
- а. Время поездки занимает четыре часа или более в обе стороны
 - б. Поездка начинается раньше 6:00, занимает весь обеденный период с 11:30 до 13:30, или заканчивается позже 18:30.
- Чеки не требуются.**

Участникам: отправьте заполненные формы и чеки почтой по адресу:

P.O. Box 301339, Portland, OR 97294

Поставщикам медицинских услуг: приложите титульный лист с контактной информацией клиники и отправьте формы по факсу: 503-296-2681

Хотите получить копии этой формы? Перейдите на сайте ridetocare.com/members

Спасибо!

Запрос №1

Дата и время начала приема:

Имя (название) поставщика услуг:

Адрес поставщика услуг:

Подпись сотрудника поставщика услуг:

Время окончания приема:

Запрос №2

Дата и время начала приема:

Имя (название) поставщика услуг:

Адрес поставщика услуг:

Подпись сотрудника поставщика услуг:

Время окончания приема:

Запрос №3

Дата и время начала приема:

Имя (название) поставщика услуг:

Адрес поставщика услуг:

Подпись сотрудника поставщика услуг:

Время окончания приема:

Этот документ можно получить на других языках, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом предпочитаемом формате. Вы также имеете право запросить услуги устного перевода. Вы можете получить помощь квалифицированного или сертифицированного устного переводчика в области медицины. Эта помощь предоставляется бесплатно. Позвоните по номеру 800-224-4840 (TTY: 711) или обратитесь к своему врачу. Мы принимаем ретранслируемые звонки.