



Форма подтверждения подписки

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: _____

Участникам: отправьте заполненные формы и необходимые 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

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.

Укажите дату и день недели для каждого назначенного приема участника.

Персоналу клиники: укажите инициалы для каждой даты, когда участник приходил на прием или получал лечение. Средства за приемы через службу Telehealth не подлежат возврату.

Месяц: _____ Год: _____

воскресенье	понедельник	вторник	среда	четверг	пятница	суббота
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Подписывая эту форму, я подтверждаю, что предоставленная в ней информация верна.

Подпись врача/представителя организации: _____ Дата: _____