



Formulario de verificación de suscripción

Le solicitamos que llene este formulario porque necesitamos más información para procesar su solicitud.

Requisitos:

- ▶ Intente llamar para solicitar su viaje al menos **dos días hábiles** antes de su cita.
- ▶ Debemos recibir este formulario dentro de los 45 días posteriores a su cita.
- ▶ Debe incluir todos los recibos requeridos.
- ▶ Le enviaremos su dinero en un plazo de 14 días a partir de su cita, una vez que hayamos recibido su formulario completado y los recibos requeridos.
- ▶ Podríamos tardar otros 14 días si su solicitud está incompleta.

Proporcione la siguiente información del miembro.

Nombre del miembro: _____

Número de identificación de miembro de Health Share: _____

Miembros: Envíe por correo los formularios completados y los recibos requeridos a:
P.O. Box 301339, Portland, OR 97294

Proveedores de atención médica: Incluya una carátula con los datos de contacto de la clínica y envíe los formularios por fax al 503-296-2681

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. También tiene derecho a un intérprete. Puede recibir ayuda de un intérprete de atención médica certificado o calificado. Esta ayuda es gratuita. Llame al 800-224-4840, TTY 711, o comuníquese con su proveedor. Aceptamos llamadas de retransmisión.

Indique la fecha y el día de la semana para cada una de las citas del miembro.

Personal de la clínica: ponga sus iniciales en cada fecha en la que el miembro asistió a citas o recibió tratamiento. Las citas de telesalud no son elegibles para reembolso.

Mes: _____ **Año:** _____

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
<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"/>

Al firmar este formulario, certifico que la información proporcionada es correcta.

Firma del médico o representante del consultorio: _____ Fecha: _____