



Бланк подтверждения заказа

Вы можете запросить этот бланк, напечатанный крупным шрифтом или на другом языке. Обращайтесь в отдел обслуживания клиентов по тел. 855-321-4899 (вызов бесплатный) или по линии трансляционной связи по тел. 711.

Напоминаем:

- ▶ По возможности звоните, чтобы забронировать вашу поездку как минимум за два рабочих дня до приема.
- ▶ Мы должны получить этот бланк не позднее 45 календарных дней после даты приема.
- ▶ Вы должны приложить все требуемые квитанции.
- ▶ Мы отправим денежные средства в течение 14 рабочих дней с момента получения этого бланка и требуемых квитанций.

Примечание: Вы имеете право сделать запрос на поездку в тот же самый день или на следующий день. Тем не менее, если ваш заказ на поездку размещается за короткий срок в то время, когда спрос на поездки очень высок, срочные медицинские заказы выполняются в первоочередном порядке.

Пожалуйста, ниже заполните информацию об участнике.

Имя, фамилия участника: _____

Идентификационный номер участника программы Health Share: _____

Отметьте соответствующий пункт относительно возмещения расходов, связанных с вашей поездкой.

- Компенсация пробега в милях: 25 центов за милю.
- Возмещение расходов на проживание: До 80 долл. за ночь, за некоторыми исключениями. Право на возмещение расходов на проживание предоставляется в том случае, если поездка занимает более восьми часов, начинается до 5 часов утра, заканчивается после 21:00 или осуществляется за пределы зоны обслуживания. **Квитанции предоставляются в обязательном порядке.**
- Возмещение расходов на питание: 11 долл. за каждый прием пищи, не более 33 долл. в день. Право на возмещение расходов на питание предоставляется в том случае, если поездка начинается до 6:00 утра, осуществляется в период между 11:30 и 13:30, или заканчивается после 18:30. **Квитанции предоставлять не обязательно.**

Для участников: Отправляйте заполненные бланки и требуемые квитанции по почте по адресу
P.O. Box 301339, Portland, OR 97294

Для поставщиков медицинских услуг: Приложите титульный лист с контактными данными клиники и отправьте документы по факсу на номер 503-296-2681

Вам требуются дополнительные копии этого бланка? Они доступны на веб-сайте: ridetocare.com/members

Спасибо!



Запрос № 1

Дата и время начала приема: _____

Имя, фамилия поставщика услуг: _____

Адрес поставщика услуг: _____

Подпись сотрудника учреждения: _____

Время окончания приема: _____

Запрос № 2

Дата и время начала приема: _____

Имя, фамилия поставщика услуг: _____

Адрес поставщика услуг: _____

Подпись сотрудника учреждения: _____

Время окончания приема: _____

Запрос № 3

Дата и время начала приема: _____

Имя, фамилия поставщика услуг: _____

Адрес поставщика услуг: _____

Подпись сотрудника учреждения: _____

Время окончания приема: _____