



预约核实表

您可以索取本表格的大字版或其他语言的版本。请拨打免费电话 855-321-4899 或 TTY 711，联系客户服务部。

提醒：

- ▶ 在可能的情况下，请至少在预约之前的两个营业日致电约车。
- ▶ 我们必须在不迟于预约后 45 个日历日收到此表格。
- ▶ 您必须附上所有必需的收据。
- ▶ 我们将在收到此表格和所需收据后的 14 个营业日内寄款。

注：您有权要求当天或次日乘车。但是，如果您的请求是在短时间内发出的，并且对所乘车辆的要求很高，我们会优先考虑医疗紧急请求。

请在下方填写会员信息。

会员姓名： _____

Health Share 会员 ID 号码： _____

勾选适用于您的行程的报销方框。

- 里程报销：每英里 25 美分。
- 住宿报销：每晚最多 80 美元，但存在一些例外情形。如果行程总时间超过 8 个小时，在早上 5 点之前启程，在晚上 9 点之后结束行程或行程不在服务区，则有资格报销住宿费。**需要提供收据。**
- 餐费报销：每餐 11 美元，每天最多 33 美元。
如果在上午 6 点之前开始启程，车程发生在上午 11:30 到下午 1:30 之间，或者在下午 6:30 之后结束行程，则有资格报销餐费。**不需要提供收据。**

会员： 将填妥的表格和所需的收据邮寄至
P.O. Box 301339, Portland, OR 97294

医疗护理提供者： 附上一份载列诊所联系方式的封面页，并将表格发送传真至 503-296-2681

需要表格的更多副本？请登录网站 ridetocare.com/members 获取

谢谢！



第一项申请

预约日期和开始时间: _____

提供者姓名: _____

提供者地址: _____

提供者员工签名: _____

预约结束时间: _____

第二项申请

预约日期和开始时间: _____

提供者姓名: _____

提供者地址: _____

提供者员工签名: _____

预约结束时间: _____

第三项申请

预约日期和开始时间: _____

提供者姓名: _____

提供者地址: _____

提供者员工签名: _____

预约结束时间: _____