



ФОРМА ЗАПРОСА ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ТРАНСПОРТИРОВКИ

Дата: _____

Имя клиента: _____ Дата рождения клиента: _____ Номер страхового полиса ОНР клиента: _____

Номер телефона клиента: _____ Домашний адрес клиента: _____

Если платеж необходимо отправить другому лицу, а не вышеуказанному клиенту, укажите его имя и адрес на следующей строке.

Имя получателя платежа: _____ Почтовый адрес для оплаты: _____

Дата поездки	Адрес отбытия	Адрес прибытия	Номер телефона учреждения	Причина поездки	Расстояние / код*
1/21/09	123 My Street, Dallas, OR 97338	Dr. Smith, 223 Main St., Salem OR	503-373-0000	Посещение лечащего врача	Только для WVCH
WVCH рассчитывает расстояние поездки по адресам отбытия и прибытия.				Суммарное расстояние:	

WVCH может оплатить поездки на автомобиле **с целью получения услуг, которые покрывает полис ОНР. Полис ОНР покрывает такие услуги**, как посещение врача (разрешенного полисом), стоматолога, терапевтических процедур. Также допускаются поездки за препаратами, которые не могут быть доставлены Вам на дом. Поездки оплачиваются, только если Вы не можете добраться до места оказания **услуг, которые покрывает полис ОНР**, каким-либо другим способом. Если Вы хотите получить бесплатный проездной билет на автобус для проезда к месту оказания услуг, которые покрывает полис ОНР, обратитесь в Отдел обслуживания клиентов WVCH по телефону: 503-584-2150. Если Вы не можете воспользоваться автобусом, позвоните в службу Triplink по телефону 503-315-5544 и узнайте, можете ли Вы воспользоваться их бесплатными транспортными услугами. **Если Вам требуется помощь в заполнении этой формы или требуется получить ее на другом языке или в другом формате, обращайтесь в Отдел обслуживания клиентов по телефону: 503-584-2150, ТТУ: 711.**

Отправьте эту форму по адресу: WVCH Attn: Travel Reimbursement: 2995 Ryan Dr SE Suite 200, Salem, OR 97301

Подпись клиента/ Подпись владельца автомобиля: _____ Дата: _____

Необходимо отправить эту форму компании WVCH не позднее чем через 45 дней после даты последней поездки, указанной в форме.

Правила возмещения стоимости транспортировки, поездок и проживания по страховому полису ОНР для клиентов OAR 410-136-3240:

Оплата проезда для получения **услуг, которые покрывает полис ОНР**, будет осуществляться, только если ее одобрит ССО. Прежде чем будет осуществлена оплата, страхователь обязан отправить эту форму ССО.

Оплата проезда

Может быть оплачен только проезд к месту (от места) получения услуг, **которые покрывает полис ОНР**.

ССО не будет оплачивать Ваши расходы на бензин. ОНР может оплатить проезд из расчета не более \$0.25 за милю.

Страхователи обязаны позвонить в службу Triplink по телефону 503-315-5544 и узнать, могут ли они добраться до места предоставления услуги, которую покрывает полис ОНР, другим способом.

Если транспортировку осуществляет не сам клиент (и не родитель или опекун несовершеннолетнего клиента), возмещение может быть предоставлено лицу, осуществлявшему транспортировку. Однако клиент (либо родитель или опекун несовершеннолетнего клиента) должен в письменной форме разрешить такое возмещение.

Оплата услуг сопровождающего лица

ССО не будет оплачивать время или услуги сопровождающего лица, посещающего клиента в больнице, если только лечащий врач не предоставит подписанное предписание о медицинской необходимости таких посещений. Это ограничение распространяется (не ограничиваясь перечисленным) на родителей несовершеннолетних детей, кормящих грудью матерей и супругов.

ССО не будет осуществлять оплату в следующих случаях:

ССО обнаружит, что вы отсутствовали на назначенном визите или осуществили поездку вместе с другим клиентом, которому ССО также оплатила проезд;

поездка состоялась более чем через 45 дней после получения этого бланка компанией WVCH; OAR 410-136-3240 (1)

на момент поездки вы не были застрахованы полисом ОНР;

если вы осуществили поездку для получения услуги, которую не покрывает полис ОНР.

