

401 E 3rd St
 Suite 101
 The Dalles, OR 97058
 Phone: (877) 875-4657
 Email: mileage@gobhi.net



Formulario de Verificación de Citas para el Cuidado de la Salud

Usted puede recibir este documento en otro idioma, impreso en letra más grande o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llame al número gratuito (877) 875-4657.

Los usuarios del servicio TTY pueden llamar al (800) 735-2900.

You can get this document in another language, large print, or another way that's best for you. Call (877) 875-4657, TTY (800) 735-2900.

Cliente: Por favor llene la información del Cliente que aparece abajo. El Cliente es la persona que tiene la cita. Entregue este formulario al médico/proveedor de salud para que lo complete y devuelva a GOBHI.

Proveedor de Salud: Envíe por fax el formulario totalmente lleno al **(855) 541-1517**.

Nota: Es necesario informar a GOBHI sobre todas las solicitudes antes de la fecha de la cita. Si recibimos sus documentos dentro de un plazo de 45 días después de su cita, realizaremos el pago dentro de un plazo de 30 días. Llame de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes al teléfono gratuito (877) 875-4657 o por sistema TTY al 711.

| | |
|---|-----------------------|
| Nombre del Cliente: | Número de ID del OHP: |
| Expedir el cheque a nombre de (en caso de que no sea el Cliente): | |

Reembolso de las millas recorridas (\$0.25 por milla)

1ª solicitud:

| | |
|---|-----------------------|
| Fecha y hora de la cita: | |
| Nombre del proveedor: | |
| Dirección del proveedor: | |
| Iniciales y firma del personal del proveedor: | |
| Horario de terminación de la cita: | |
| Nombre del Cliente: | Número de ID del OHP: |

2ª solicitud:

| | |
|---|--|
| Fecha y Hora de la Cita: | |
| Nombre del proveedor: | |
| Dirección del proveedor. | |
| Iniciales y firma del personal del proveedor: | |
| Horario de terminación de la cita: | |

3ª solicitud:

| | |
|---|--|
| Fecha y hora de la cita: | |
| Nombre del proveedor: | |
| Dirección del proveedor. | |
| Iniciales y firma del personal del proveedor: | |
| Horario de terminación de la cita: | |

4ª solicitud:

| | |
|---|--|
| Fecha y hora de la cita: | |
| Nombre del proveedor: | |
| Dirección del proveedor. | |
| Iniciales y firma del personal del proveedor: | |
| Horario de terminación de la cita: | |

Reembolso del hospedaje (\$40.00 por noche, aplican excepciones)

| | |
|---|--|
| Fecha y hora de la cita: | |
| Nombre del proveedor: | |
| Dirección del proveedor. | |
| Iniciales y firma del personal del proveedor: | |
| Horario de terminación de la cita: | |
| ¿Se incluye el recibo original? | Marque un recuadro: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es No, el pago no se realizará hasta que recibamos el recibo. |

Reembolso de alimentos (el reembolso aplica si el viaje comienza antes de las 6:30 a.m., si se realiza entre las 11:30 a.m. y la 1:30 p.m. o si termina después de las 6:30 p.m.) No es necesario proporcionar los recibos.