

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



**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)

1<sup>a</sup> 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:	

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:	

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.