

Greater Oregon Behavioral Health, Inc.
3729 Klindt Drive
The Dalles, OR 97058
Teléfono: 1-877-875-4657
Correo electrónico: mileage@gobhi.org



Prueba de consulta médica para el formulario de pago de viaje

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 1-877-875-4657. Los usuarios del servicio TTY pueden llamar al 711.

You can get this document in another language, large print, or another way that's best for you. Call 1-877-875-4657, TTY 711.

Instrucciones:

Cliente:

1. Complete los datos del cliente a continuación.
 - El cliente es la persona que tiene una consulta programada.
2. Entréguele este formulario a su proveedor de salud para que lo complete y se lo devuelva a GOBHI.

Proveedor de salud:

1. Complete este formulario
2. Envíe el formulario completo por fax a: 1-855-541-1517.

Nota:

- Todas solicitudes deben ser llamadas a GOBHI antes del día la cita.
- Para recibir un reembolso o pago:
 1. Entregue un formulario de prueba firmado a GOBHI dentro de los 45 días luego de la consulta.
 - Formularios entregados después de 45 días no serán pagados.
 - Si el formulario se recibe a tiempo, el reembolso es dentro 30 días.

Si necesita ayuda:

- Llame al 1-877-875-4657 sin cargo o por teletipo al 711
- Horario de atención: 8:00 am a 5:00 pm (Hora del Pacífico)
- De lunes a viernes

Nombre del cliente:	ID de OHP:
Pagar a (si no es cliente):	

☐ Reembolso de millas a \$0.49 por milla

Primera solicitud:

Fecha y hora de la consulta:	
Nombre del proveedor:	
Dirección del proveedor:	
Iniciales y firma del personal del proveedor:	
Hora de finalización de la consulta:	

Segunda solicitud:

Fecha y hora de la consulta:	
Nombre del proveedor:	
Dirección del proveedor:	
Iniciales y firma del personal del proveedor:	
Hora de finalización de la consulta:	

Tercera solicitud:

Fecha y hora de la consulta:	
Nombre del proveedor:	
Dirección del proveedor:	
Iniciales y firma del personal del proveedor:	
Hora de finalización de la consulta:	

☐ Reembolso de alojamiento a \$110.00 por noche (con algunas excepciones)

Nombre del cliente:	ID de OHP:
----------------------------	-------------------

Cuarta solicitud:

Fecha y hora de la consulta:	
Nombre del proveedor:	
Dirección del proveedor:	
Iniciales y firma del personal del proveedor:	
Hora de finalización de la consulta:	
¿Se incluye el recibo original?	Marque una casilla: ☐ Sí ☐ No Si no se incluye, el pago no se realizará hasta que se haya presentado el recibo.

Quinta solicitud:

Fecha y hora de la consulta:	
Nombre del proveedor:	
Dirección del proveedor:	
Iniciales y firma del personal del proveedor:	
Hora de finalización de la consulta:	
¿Se incluye el recibo original?	Marque una casilla: ☐ Sí ☐ No Si no se incluye, el pago no se realizará hasta que se haya presentado el recibo.

- ☐ Reembolso de comidas: Podrá recibir este reembolso si:
- El viaje comenzó antes de las 6:00 am,
 - El viaje ocurrió entre las 11:30 am y la 1:30 pm, o
 - El viaje terminó después de las 6:30 pm.
 - **No es obligatorio presentar recibos.**
 - Desayuno - \$9.00
 - Almuerzo - \$10.00
 - Cena - \$15.00