

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

<b>Nombre del cliente:</b>	<b>ID de OHP:</b>
<b>Pagar a (si no es cliente):</b>	

Reembolso de millas a \$0.44 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 \$98.00 por noche (con algunas excepciones)

<b>Nombre del cliente:</b>	<b>ID de OHP:</b>
----------------------------	-------------------

**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: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 6:30 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 - \$6.50
  - Almuerzo - \$7.50
  - Cena - \$13.00