



Formulario de verificación de cita

Puede solicitar este formulario en letra grande o en otro idioma. Llame gratis al Departamento de Atención al Cliente al 855-321-4899 o TTY 711.

Recordatorios:

- ▶ Siempre que sea posible, llame para programar su transporte con al menos dos días hábiles antes de la cita.
- ▶ Debemos recibir este formulario a más tardar en 45 días naturales después de la cita.
- ▶ Debe incluir todos los recibos requeridos.
- ▶ Le enviaremos los fondos en un plazo de 14 días hábiles a partir de haber recibido este formulario y los recibos requeridos.

Nota: Tiene derecho a solicitar transporte para el mismo día o para el día siguiente. Sin embargo, si hace su solicitud con poca antelación y la demanda de transporte es alta, les daremos prioridad a las solicitudes médicamente urgentes.

Llene la siguiente información de miembro.

Nombre del/de la miembro: _____

Número de identificación de miembro de Health Share: _____

Marque las casillas de reembolso que apliquen a su transporte.

- Reembolso de millas: 25 centavos por milla.
- Reembolso de alojamiento: Hasta \$80 por noche, con algunas excepciones. Elegible para alojamiento si el viaje dura más de ocho horas en total, si empieza antes de las 5 a. m., termina después de las 9 p. m. o está fuera del área de servicio. **Se requieren recibos.**
- Reembolso de comidas: \$11 por comida, hasta \$33 al día. Elegible para comidas si el viaje inicia antes de las 6 a. m., ocurre entre las 11:30 a. m. y la 1:30 p. m. o termina después de las 6 p. m. **No se requieren recibos.**

Miembros: envíen por correo postal los formularios completados y los recibos requeridos a: P.O. Box 301339, Portland, OR 97294

Proveedores de atención de salud: incluyan una portada con la información de contacto de la clínica y envíen los formularios por fax al 503-296-2681.

¿Necesita más copias de este formulario? Está disponible en: ridetocare.com/members

¡Gracias!

ridetocare.com | P.O. Box 301339, Portland, OR 97294 | Línea gratuita 855-321-4899 | TTY 711



Solicitud #1

Fecha y hora de inicio de la cita: _____

Nombre del proveedor: _____

Dirección del proveedor: _____

Firma del personal del proveedor: _____

Hora de finalización de la cita: _____

Solicitud #2

Fecha y hora de inicio de la cita: _____

Nombre del proveedor: _____

Dirección del proveedor: _____

Firma del personal del proveedor: _____

Hora de finalización de la cita: _____

Solicitud #3

Fecha y hora de inicio de la cita: _____

Nombre del proveedor: _____

Dirección del proveedor: _____

Firma del personal del proveedor: _____

Hora de finalización de la cita: _____