



Formulario de verificación de citas

Le solicitamos que llene este formulario porque necesitamos más información para procesar su solicitud.

Requisitos:

- ▶ Intente llamar para solicitar su viaje al menos **dos días hábiles** antes de su cita.
- ▶ Debemos recibir este formulario dentro de los 45 días posteriores a su cita.
- ▶ Debe incluir todos los recibos requeridos.
- ▶ Le enviaremos su dinero en un plazo de 14 días a partir de su cita, una vez que hayamos recibido su formulario completado y los recibos requeridos.
- ▶ Podríamos tardar otros 14 días si su solicitud está incompleta.

Proporcione la siguiente información del miembro.

Nombre del miembro: _____

Número de identificación de miembro de Health Share: _____

Marque las casillas de reembolso que correspondan a su viaje.

Las citas de telesalud no son elegibles para reembolso.

Reembolso de millas

Reembolso de alojamiento. Es elegible para alojamiento si:

- a. El viaje comienza antes de las 5:00 a. m. o termina después de las 9:00 p. m.
- b. Su proveedor de atención médica dice que usted tiene una necesidad médica.

Se requieren recibos.

Reembolso de comidas. Es elegible para comidas si:

- a. La duración del viaje, de ida y vuelta, es de cuatro horas o más.
- b. El viaje comienza antes de las 6:00 a. m., abarca todo el horario de almuerzo (de 11:30 a. m. a 1:30 p. m.) o finaliza después de las 6:30 p. m.

No se requieren recibos.

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

Proveedores de atención médica: Incluya una carátula con los datos de contacto de la clínica y envíe los formularios por fax al 503-296-2681

¿Necesita más copias de este formulario? Visite ridetocare.com/members

¡Gracias!

Solicitud n.º 1

Fecha y hora de inicio de la cita:

Nombre del proveedor:

Dirección del proveedor:

Firma del empleado del proveedor:

Hora de finalización de la cita:

Solicitud n.º 2

Fecha y hora de inicio de la cita:

Nombre del proveedor:

Dirección del proveedor:

Firma del empleado del proveedor:

Hora de finalización de la cita:

Solicitud n.º 3

Fecha y hora de inicio de la cita:

Nombre del proveedor:

Dirección del proveedor:

Firma del empleado del proveedor:

Hora de finalización de la cita:

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. También tiene derecho a un intérprete. Puede recibir ayuda de un intérprete de atención médica certificado o calificado. Esta ayuda es gratuita. Llame al 800-224-4840, TTY 711, o comuníquese con su proveedor. Aceptamos llamadas de retransmisión.