



FORMULARIO DE SOLICITUD DE PAGO DE MILLAS MÉDICAS

Fecha: _____

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento del cliente: _____ Nro de ID del OHP del cliente: _____

Número de teléfono del cliente: _____ Dirección particular del cliente: _____

Si el pago se envía a otro destinatario diferente del cliente que se menciona más arriba, indíquelo en la línea a continuación:

Nombre del receptor del pago: _____ Dirección postal para el pago: _____

Fecha del viaje	Dirección de partida	Dirección de destino	Teléfono del proveedor	Motivo del viaje
21/01/2009	123 Mi Calle, Dallas, OR 97338	Dr. Smith, 223 Main St., Salem OR	503-373-0000	Consulta con mi médico
WVCH utilizará las direcciones de "partida" y "destino" para determinar la cantidad de millas.				

WVCH puede pagarle por viajes en automóvil a **servicios cubiertos por el OHP**. Un **servicio cubierto por el OHP** puede ser una visita a un terapeuta, dentista o médico cubierto. También puede ser para recoger medicamentos que no puedan enviarse a su hogar. El viaje se cubre solamente si usted no tiene otra manera de llegar a su **servicio cubierto por el OHP**. En primer lugar llame a Cherriots al 503-315-5544 para verificar si puede usar su servicio de traslados gratuito u obtener un pase de autobús gratis. Complete este formulario y envíelo cada 30 días. **Si necesita ayuda para completar este formulario, o si lo necesita en otro idioma o formato, llame a Servicio al Cliente al 503-584-2150, TTY 711.**

Envíe este formulario por correo a: WVCH Atención: Travel Reimbursement (Reembolso de viajes): 2995 Ryan Dr SE Suite 200, Salem, OR 97301

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

WVCH debe recibir este formulario dentro de los 45 días de la fecha de viaje más antigua que aparece en el formulario.

Normas del Plan de Salud de Oregon (OHP) para el reembolso de viajes, comidas y alojamiento a clientes de OAR 410-136-3240:

El pago de viajes para **servicios cubiertos por el OHP** se realizará solamente si el CCO lo aprueba. El miembro debe enviar de vuelta este formulario al CCO antes de que pueda hacerse el pago.

Pago de millas

Las millas se pagarán solamente para llegar a o regresar de un **servicio cubierto por el OHP**.

El CCO no le pagará el combustible. El OHP limita el pago a \$ 0.25 por milla viajada.

Los miembros deben llamar a Triplink al 503-315-5544 para verificar si existen otras maneras de obtener el servicio cubierto por el OHP.

Si una persona que no es el cliente o el padre o tutor legal del cliente menor de edad suministra el traslado, el corretaje puede reembolsar a la persona que suministró el traslado. Sin embargo, el cliente o el padre o tutor legal del cliente menor de edad debe aprobar el reembolso por escrito.

Pago del acompañante

El CCO no reembolsará los servicios o el tiempo del acompañante por visitar al cliente en el hospital, a menos que el médico proporcione una declaración firmada de la necesidad médica. Esta exclusión incluye, aunque no de forma taxativa, a padres de menores, madres en período de lactancia y cónyuges.

Es posible que el CCO no le pague si:

El CCO descubre que no se presentó a la cita o compartió el traslado con otro cliente a quien el CCO también le pagó.

El viaje no se realizó dentro de los 45 días de la fecha en que WVCH recibe este formulario. OAR 410-136-3240(1)

No tenía cobertura del plan en ese momento.

Si viajó por un servicio que no está cubierto por el Plan de Salud de Oregon (OHP).