

Date

Name

Address

City, State Zip

Estimado miembro de WVCH,

Hemos incluido una forma de reembolso en blanco junto con esta carta. Siéntase libre de hacer copias de la forma para futuras ocasiones. Puede comunicarse a LogistiCare línea de reservaciones para obtener copias adicionales o las formas también están disponibles en nuestra página electrónica de Servicio al miembro [www.wvchride.net](http://www.wvchride.net).

**Por favor tenga en cuenta que su proveedor médico tiene que firmar la forma como comprobante de que usted atendió a su cita.** Si su forma está incompleta no recibirá su reembolso.

Así es cómo funciona:

1. Le recomendamos que llame para hacer su cita por lo menos **dos días hábiles** antes de atender a un servicio médico cubierto por su aseguranza.
2. Cuando llame para hacer su cita, usted recibirá un número de reservación. Este número de reservación será requerido en la forma de reembolso. **Escriba su número de reservación y la fecha de su cita en su Forma de Reembolso en cuanto lo reciba de un especialista de reservaciones de Logisticare.** Olvidando de agregar es un error común que causara que el reembolso sea negado.
3. Es necesario que usted llene la forma completa **excepto** el espacio que dice "Firma de Médico" donde firmara su médico o proveedor de salud mental o dental.
4. Lleve la forma a su cita y asegúrese que su médico la firme. Su proveedor debe de firmar en el lugar que indica "Firma de Médico". Además, usted también puede entregar una prueba de su visita por medio de un comprobante fechado que ha recibido de la oficina de su médico, la farmacia, o el documento que el hospital le entregó cuando usted fue dado de alta.
5. Usted puede incluir hasta siete viajes en cada forma. Reembolso no es basado en "viajes redondos", usted debe anotar cada ida y vuelta individualmente. Por cada viaje la distancia será calculada por el número de millas de su casa a su cita médica.
- 6. Por favor de tomar en cuenta que solo puede haber un conductor por forma.** Si hay diferentes conductores, entonces debe llenar una forma separada por cada conductor. De esta manera cada conductor recibirá un cheque.

*Más información en la parte posterior de esta carta*

7. Cuando esté completa su forma, mándela por correo a:

**LogistiCare Claims Department  
Oregon Mileage Reimbursement 2552  
West Erie Drive, Suite 101 Tempe,  
AZ 85282-3100**

8. Su reembolso será enviado por correo dentro de 30 días a partir de la fecha que el Departamento de Reclamaciones de LogistiCare recibió su solicitud de reembolso.

9. No recibirá reembolso para sus solicitudes recibidas más de 45 días después del viaje.

10. Si tiene cualquier pregunta, problema o preocupaciones, por favor llame a el Departamento de Reclamaciones de LogistiCare al 1-877-564-5665. Si un representante no está disponible para recibir su llamada, por favor deje un mensaje detallado. Llamadas serán regresadas dentro de un día hábil. Por favor asegúrese de dejar en su mensaje, el mejor número de teléfono para regresarle su llamada.