

FORMULARIO PARA EL REEMBOLSO DE GASTOS DE TRANSPORTE

TODOS LOS CAMPOS DEBEN CONTENER INFORMACIÓN COMPLETA O SE LE NEGARÁ EL REEMBOLSO

Nombre y domicilio del beneficiario de Medicaid	Número telefónico:	Fecha de nacimiento	ID de Medicaid

*El reembolso solo se puede proporcionar a la dirección del miembro archivada con Priority Health.
Por favor, envíe las formas dentro de los 90 días posteriores.*

Fecha de la cita: _____ Hora de la cita: _____

Ciudad de origen: _____ Destino: _____

A ser completado por el prestador médico

Name of Med. Facility: _____

Address and Phone #: _____

Name of Physician: _____

Type of Provider: _____

Purpose for Visit: _____

Signature: _____ Date: _____
(Receptionist, Nurse, or Doctor Signature)

Si usted, su familiares, vecinos, amigos, parientes, etc. pueden proporcionar transporte, se espera que este sea proporcionado sin reembolso. Si el transporte ha sido proporcionado sin costo, es razonable esperar que esto continúe, excepto en circunstancias extremas o adversidad. Por favor, explique dicha adversidad:

Yo entiendo que se me pagará millaje solamente hasta el prestador más cercano que pueda proporcionarme los servicios necesarios. Yo certifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender, y que los recibos adjuntos, de haberlos, representan gastos aplicables.

Firma: _____ Fecha: _____
(Beneficiario, Padre/Madre o Tutor(a))

Devuelva a: Priority Health
 Transportation Coordinator, MS1250
 1231 East Beltline NE
 Grand Rapids, MI 49525

O por fax a:
 616.464.8905

NOTA: A partir de Diciembre del 2018, la tasa de reembolso es de \$ 0.36 por milla. Se penalizará la presentación fraudulenta de reclamaciones de reembolso y la falsificación de recibos presentados con el fin de obtener pago.