

Formulario para reembolso de millaje

Todos los campos deben ser completados; de lo contrario, no podremos procesar su reembolso. Ingrese a su cuenta de afiliado para completar y enviar una versión digital de este formulario.

Nombre y domicilio del beneficiario de Medicaid	Número telefónico al que podemos llamarle	Número telefónico alternativo	Fecha de nacimiento	ID de Medicaid

El reembolso sólo puede ser proporcionado al domicilio que Priority Health tenga registrado para el afiliado. Por favor, envíe el formulario dentro de los 90 días posteriores a su cita.

Fecha de la cita	Hora de la cita
Ciudad de origen	Destino

To be filled out by the medical provider (*A ser completado por el prestador médico*)

Name of medical facility (Nombre de la instalación médica)	
Address and phone number (Dirección y número telefónico)	
Name of physician (Nombre del médico)	
Type of provider (Tipo de prestador médico)	
Purpose of visit (Propósito de la consulta)	
Signature (Firma) (Receptionist, nurse or doctor signature) (Firma de recepcionista, enfermera o médico)	Date (Fecha)

Si usted, su familia, vecinos, amigos, parientes, etc. pueden proporcionar transporte, se espera que esto se haga sin reembolso. Si se ha proporcionado transporte sin costo, es razonable esperar que esto continúe, excepto en caso de dificultades o circunstancias extremas. Por favor, explique su dificultad:

Yo entiendo que se me pagará el millaje sólo hasta el prestador médico 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 admisibles para reembolso.	
Firma (Beneficiario, padre/madre o tutor)	Fecha

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

○
Envíe por fax al:
616.464.8905

NOTA: Hay penalizaciones por la presentación fraudulenta de reclamaciones de reembolso y el uso indebido / la falsificación de recibos presentados para pago.