

**Formulario de verificación de reembolso de millas (Viaje único)**

Complete este formulario y devuélvalo a IntelliRide para el reembolso de sus millas dentro de los 10 días hábiles posteriores a su cita médica. Para calificar para el reembolso, su viaje debe programarse con IntelliRide, asignarse al reembolso de millas y su proveedor médico debe verificar su asistencia a su cita de atención médica programada previamente.

<b>Información del paciente</b>	Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Número de identificación de Health First Colorado
<b>Viaje Información</b>	Fecha de viaje	Hora de la cita	Número de confirmación de viaje (de IntelliRide)	
<b>Información del centro médico</b>	Nombre del centro			
	Dirección, ciudad, estado y código postal del centro			
	Nombre y cargo del proveedor médico			
	Nombre y cargo del contacto			
	Teléfono de contacto	Correo electrónico del contacto		
<b>Certificado de proveedor médico</b>	<b>Con mi firma, por la presente reconozco que el paciente de Health First Colorado mencionado anteriormente fue atendido en nuestra oficina en las fechas y horas que se indicaron anteriormente.</b> Entiendo que si proporcioné información falsa o intencionalmente no divulgué información, puedo estar sujeto a enjuiciamiento, penal, civil o ambos. Certifico bajo pena de perjurio, que obtuve la información en el formulario del paciente o su representante, y que la información provista es precisa a mi leal saber y entender.			
	Nombre en letra de imprenta del personal del centro		Título	
	Firma del personal del centro		Fecha	
<b>Información del conductor</b>	Nombre del conductor		Teléfono del conductor	
	Dirección postal del conductor		Ciudad	Estado

Solo para uso de IntelliRide		
Número(s) de confirmación de viaje:	Número de tramos de viaje	Millas totales
Millas totales	Estado de aprobación / Iniciales del agente	Fecha