

Formulario de verificación de reembolso de millas (Viaje único)

Complete este formulario y devuélvalo a Transdev 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 Transdev, asignarse al reembolso de millas y su proveedor médico debe verificar su asistencia a su cita de atención médica programada previamente.

Información del paciente				
Información del paciente	Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Número de identificación de Health First Colorado
Viaje Información				
Viaje Información	Fecha de viaje	Hora de la cita	Número de confirmación de viaje (de IntelliRide)	
Información del centro médico				
Información del centro médico	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		
Certificado de proveedor médico				
Certificado de proveedor médico	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. 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	
Información del conductor				
Información del conductor	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