

Formulario de Verificación

Por favor complete y devolver por correo

Nombre del Cliente: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

OHP+Numero de ID: _____ Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Fecha de Cita:	Hora de Cita:	Proposito de Cita	Médico/Clínica/Local	PHYSICIAN PHONE	Firma de Médico/Representante Autorizado y Sello	Millas será estimado por RideLine
	Marque Uno: AM PM				_____ Firma de Médico/Representante Autorizado: <u>Sello de Clínica/Médico</u>	Marque Uno: Solo Ida Ida y vuelta
	Marque Uno: AM PM				_____ Firma de Médico/Representante Autorizado: <u>Sello de Clínica/Médico</u>	Marque Uno: Solo Ida Ida y vuelta
	Marque Uno: AM PM				_____ Firma de Médico/Representante Autorizado: <u>Sello de Clínica/Médico</u>	Marque Uno: Solo Ida Ida y vuelta
	Marque Uno: AM PM				_____ Firma de Médico/Representante Autorizado: <u>Sello de Clínica/Médico</u>	Marque Uno: Solo Ida Ida y vuelta

Millas será estimado por RideLine _____

Por favor, complete una sección para cada una de sus citas. Tenga cada cita firmado por su proveedor de médico. Devuelva el formulario con sus proveedores de médicos firmas originales (no copias o faxes). Para recibir el reembolso de viajes, debemos recibir este solicitud dentro de los 45 días de su cita. Envíe el formulario a: CASCADES WEST RIDELINE 1400 Queen Ave SE Suite 205 Albany, OR 97322

Para el Reembolso Alojamiento, por favor adjunte su recibo de alojamiento a este formulario.

Firma de Cliente/Guardián: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____

Dirección _____ Ciudad: _____ Fecha: _____

Al firmar este formulario, usted verifica la información proporcionada es verdadera.

Nombre de Beneficiario: _____

