

RideLine
FORMULARIO DE VERIFICACION PARA CITAS REPETIDAS
REEMBOLSO DE MILLAJE PARA MES: _____ AÑO: _____

Parte 1: CCO - IHN / OHP+ Información de Cliente

Nombre: _____, _____
(Apellido) (Nombre)

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
(mm) (dd) (aaaa)

Dirección: _____ **IHN / OHP+ ID # :** _____

Parte 2: Informacion de Cita

NOMBRE DE CLINICA / PROVEEDOR DE SALUD	DIRECCION DE CLINICA / PROVEEDOR MEDICO	NUMERO TELEFONICO

Por favor, marque las casillas para marcar las fechas de las citas que se repiten con el mismo proveedor de atención médica:

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
17 <input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>	25 <input type="checkbox"/>	26 <input type="checkbox"/>	27 <input type="checkbox"/>	28 <input type="checkbox"/>	29 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/>	31 <input type="checkbox"/>	

Part 3: Cliente/Beneficiario Signature _____

Physician /Office Rep:

I have reviewed Parts 1-2, above, and the information is true/correct to the best of my knowledge.

Date: _____

FACILITY / PHYSICIAN STAMP HERE

Physician/Office Rep. Signature

Para verificar su cita, complete este formulario y obtenga una firma de su médico. Envíe el formulario con la firma original de su proveedor de atención médica (no copias o faxes) dentro de 45 días de su primera cita durante este mes para: RideLine Call Center 1400 Queen Ave SE Suite 205 Albany, OR 97322

To verify your appointment, complete this form and have it signed by your healthcare provider. Submit the form with your healthcare provider's original signature (no copies or faxes) within 45 days of your first appointment during this month to: RideLine Call Center 1400 Queen Ave SE Suite 205 Albany, OR 97322