



Formulario de reembolso de transporte rutinario Lugares aprobados por el Plan

Los viajes deben ser hacia o desde lugares aprobados por el plan, como proveedores de la red, centros médicos, farmacias o citas de audición y visión. Si el miembro se traslada de forma privada a las citas del servicio de diálisis (sin utilizar nuestra prestación de transporte), nuestro plan puede reembolsar al conductor privado a razón de \$0.60 por milla. El pago de las solicitudes de reembolso por transporte puede tardar hasta 30 días.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del miembro:						
ID del miembro:			Fecha de nac:			
Dirección del miembro:						
Ciudad:			Estado:		Código postal:	
Número de teléfono del miembro:						

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR

Nombre:					
Número de teléfono:					
Relación con el miembro:					

DETALLES DEL REEMBOLSO

Por favor, indique la persona para el reembolso:	Miembro: <input type="checkbox"/> Conductor: <input type="checkbox"/>					
Dirección a la que debe enviarse el reembolso:						
Ciudad:			Estado:		Código postal:	

ENVÍE EL FORMULARIO POR CORREO A:

Champion Health Plan Transportation Reimbursement
PO Box 15337
Long Beach, CA 90815-9995



Fecha	Hora	Viaje de ida	Viaje de ida y vuelta	Dirección de partida (dirección completa)	Dirección de la instalación (dirección completa)	Motivo (por ejemplo, consulta médica, farmacia, etc.)	Importe pagado (se necesita justificante de pago)	Información del conductor: S = El propio afiliado C = Cuidador/Privado G = Gestionado por el condado O = Otro (especifique)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Firma del afiliado (representante)

Fecha