

Formulario para reembolso de millaje

Este formulario le permite presentar una solicitud de reembolso de millaje.

Por favor, entregue el formulario dentro de los 90 días posteriores a su viaje. Todos los campos deben ser completados; de lo contrario, no podremos procesar su reembolso. Ingrese a su cuenta de afiliado en **member.priorityhealth.com** para completar y enviar una versión digital de este formulario.

¿Cómo entrego este formulario?

Correo postal:

Priority Health Transportation Coordinator
MS 1250
1231 East Beltline Ave NE
Grand Rapids, MI 49525

Correo electrónico:

reimbursement@priorityhealth.com

Fax:

616.464.8905

¿Qué hago si tengo preguntas?

Llámenos al **888.975.8102**. Estamos disponibles de lunes a jueves, de 8:30 AM a 5 PM, y los viernes, de 9 AM a 5 PM. Seleccione la opción 1 para ingresar su número de afiliado. Siga las indicaciones y luego presione 2 para transporte.

1. Información del afiliado		
Primer nombre	Apellido	Número de afiliado de Priority Health
2. Afiliados bajo cuidado de familias de guarda o tutela temporaria (si es pertinente)		
¿Usted es menor de edad y está bajo el cuidado de una familia de guarda o tutela temporaria y desea que el reembolso sea enviado a su padre o madre de guarda o tutor temporario? <input type="checkbox"/> Sí (complete la sección 2a.) <input type="checkbox"/> No		
2a. Información sobre padre o madre de guarda / tutor temporario		
Primer nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento ____/____/____	Número de afiliado de Priority Health (si es pertinente)	
Dirección		Unidad/apto./lote nro.
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono () -	Fax (si es pertinente) () -	Correo electrónico

3. Detalles del viaje

Viaje 1

Fecha ____/____/____	Hora	Destino
Dirección		Unidad/apto./lote nro.
Ciudad	Estado	Código postal

Viaje 2

Fecha ____/____/____	Hora	Destino
Dirección		Unidad/apto./lote nro.
Ciudad	Estado	Código postal

Viaje 3

Fecha ____/____/____	Hora	Destino
Dirección		Unidad/apto./lote nro.
Ciudad	Estado	Código postal

4. Firma

Yo entiendo que si mi familia, vecinos, amigos, parientes, etc. pueden proporcionar transporte, se espera que esto se haga sin reembolso. Si se ha proporcionado transporte sin costo, es razonable anticipar que esto continuará, excepto en caso de dificultades o circunstancias extremas. Yo entiendo que se me pagará el millaje sólo hasta el lugar más cercano que pueda proporcionarme los servicios necesarios. Yo entiendo que existen penalidades por la presentación fraudulenta de reclamaciones de reembolso y el uso indebido / la falsificación de recibos presentados para pago. Yo certifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender, y que los recibos adjuntos, de haberlos, representan gastos admisibles para reembolso.

Firma	Fecha de hoy ____/____/____
-------	--------------------------------

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia en su idioma. Llame al número de Servicio al Cliente que está al reverso de su tarjeta de afiliado. (TTY: 711).