



Formulario de Verificación de Citas de Atención de Salud de NEMT

Usted puede recibir este formulario en letra grande, en otro idioma o de otra manera que mejor se adapte a sus necesidades. Por favor, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-888-793-0439. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al Servicio de Retransmisión de Oregon al 7-1-1.

Miembro de CPCCO:

Llene la siguiente información de miembro. El/la miembro es la persona que tiene la cita de atención de salud. Devuelva este formulario a NWR a la dirección proporcionada en la parte superior de esta página.

Proveedor de atención de salud:

Envíe por fax este formulario completado en nombre del miembro, con una portada que incluya la información de contacto de la clínica.

Envíe por fax a **503-815-2834**

Recordatorio: Todas las solicitudes deben reportarse a NWR en un plazo de 48 horas hábiles (2 días hábiles) antes de la fecha de la cita. *Si recibimos sus formularios dentro de los 45 días siguientes a su consulta, usted recibirá el reembolso en un plazo de 14 días hábiles.*

Nombre del miembro:	Número de identificación de miembro:
----------------------------	---

- Reembolso de millas (\$0.25 por milla)
- Reembolso de alojamiento (\$80.00 por noche, algunas excepciones): **se requieren los recibos originales.**
- Reembolso de comidas (elegible para las comidas si el viaje inicia antes de las 6:00 a. m., el viaje ocurre entre las 11:30 a. m. y la 1:30 p. m. o el viaje termina después de las 6:30 p. m.): **no se requieren recibos originales.**
- Todos los recibos originales requeridos están incluidos (si no se marcó esta opción o se respondió con "NO", el pago no se enviará hasta que se reciban).



Solicitud #1	
Fecha y hora de la cita:	
Nombre del proveedor:	
Dirección del proveedor:	
Firma del personal del proveedor:	
Hora en que se completó la cita:	
Solicitud #2	
Fecha y hora de la cita:	
Nombre del proveedor:	
Dirección del proveedor:	
Firma del personal del proveedor:	
Hora en que se completó la cita:	
Solicitud #3	
Fecha y hora de la cita:	
Nombre del proveedor:	
Dirección del proveedor:	
Firma del personal del proveedor:	
Hora en que se completó la cita:	