



**FORMULARIO DE VERIFICACION PARA CITAS REPETIDAS**  
**REEMBOLSO DE MILLAJE MENSUAL: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_**

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

**Nombre:** \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (mm) (dd) (aaaa)

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **IHN / OHP+ ID #:** \_\_\_\_\_

**Parte 2: Información de Cita: NO SE PUEDE USAR PARA CLÍNICAS de TRATAMIENTO de ALOCOHOL Y de DROGAS**

NOMBRE DE CLINICA / PROVEEDOR DE SALUD	DIRECCION DE CLINICA / PROVEEDOR MEDICO	NUMERO de TELEFONO

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"/>	

**Parte 3: Cliente/Beneficiario Firma**

**Physician /Office Rep:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

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

FACILITY / PHYSICIAN STAMP HERE

\_\_\_\_\_  
**Physician/Office Rep. Signature**

*Todos los viajes deben ser llamados antes de la cita. Por favor, complete completamente el formulario para ser elegible para el reembolso. Haga que la clínica firme y fechara el último día del mes que estas pidiendo el reembolso. Envíe dentro de los 45 días de su cita a:*  
**CASCADES WEST RIDE LINE 1400 Queen Ave SE Suite 205 Albany, OR 97322 o de correo electrónico [rideline@ocwcog.org](mailto:rideline@ocwcog.org).**

¿Preguntas? Ride Line 541-924-8738 Gratuito: 1-866-724-2975

Millaje calculado por RideLine usando mapa de millaje.  
**TOTAL MILEAGE** \_\_\_\_\_