



Bus Pass Verification Form

Dear Driscoll Health Plan Member,

Here is your bus pass that you can use to go to your medical appointment. With this letter is a form that must be filled out by you. Please read all of the instructions before filling out the form.

1. Fill out the Member Information part; you should already have your Member ID.
 - Call 1-833-694-5881 and you will get an authorization number. You must write that number on the form.
2. Fill out the Trip Information part:
 - The beginning address is where you live.
 - The ending address is where the bus is taking you. Like a doctor's office or pharmacy.
 - There are spaces for 20 rides. The date should be written for every ride.
 - A medical provider like a doctor, nurse, or front desk person must put their initials next to the date. You cannot.
3. The approved medical person will fill out the Medical Professional Info part.
4. In the Member Signature part, fill in your name and phone number.
5. Each month you request a bus pass, you must fully complete the form or future bus pass may be denied.
6. Mail or fax the form by 30 days after your trip to:

Driscoll Health Plan
c/o One Call
PO Box 896
Elk Grove Village, IL 60009-0896
Fax: 904-394-8346

Driscoll Health Plan c/o One Call
P.O. Box 896 Elk Grove Village, IL 60009-0896
Fax: 1-904-394.8346

Bus Pass Verification Form					
Please review the attached letter for instructions on how to complete this form. For help with this form contact 1-833-694-5881					
Member Information	First Name		Last Name		Middle Initial
	Member ID	Date of Birth	Phone Number	Authorization Number	
	Street Address		City	State	Zip
Trip Information	Beginning Address		Ending Address		
	Date	Provider Initials	Date	Provider Initials	
Medical Professional Info	<i>For Medical Professional Only: I certify that the member was seen by this medical office, on the date or dates referenced in the trip section above, for a Medicaid covered service.</i>				
	Printed Name				
	Signature			Phone #	
	Title			Date	
Member Signature	<i>I hereby certify that all the information given above is true and correct.</i>				
	Printed name				
	Signature		Phone #		

Pase de autobús Formulario de verificación

Estimado miembro de Driscoll Health Plan:

Este es su pase de autobús que puede utilizar para asistir a su cita médica. Se adjunta a esta carta un formulario que debe completar. Lea todas las instrucciones antes de completar el formulario.

1. Complete la sección **Información del miembro**; ya debería tener su identificación de miembro.
 - Llame al 1-833-694-5881 y obtendrá un número de autorización. Debe escribir ese número en el formulario.
2. Complete la sección **Información del viaje**.
 - La dirección de partida es donde usted vive.
 - La dirección de llegada es donde le llevará el autobús, como el consultorio del médico o la farmacia.
 - Hay espacios para 20 viajes. Se debe escribir la fecha de cada viaje.
 - Un proveedor de atención médica, como un médico, enfermero o personal de recepción, debe colocar sus iniciales junto a la fecha. Usted no puede hacerlo.
3. El profesional de atención médica aprobado completará la sección **Información del profesional médico**.
4. En la sección **Firma del miembro**, complete su nombre y número de teléfono.
5. Cada mes que solicita un pase de autobús, debe completar totalmente el formulario; de lo contrario, se puede denegar el pase de autobús.
6. Envíe el formulario por correo o por fax antes de que finalice el plazo de 30 días posterior a su viaje a la siguiente dirección:

Driscoll Health Plan
c/o One Call
PO Box 896
Elk Grove Village, IL 60009-0896
Fax: 1-904-394-8346

Driscoll Health Plan c/o One Call
P.O. Box 896 Elk Grove Village, IL 60009-0896
Fax: 1-904-394.8346

Formulario de verificación del pase de autobús					
Revise la carta adjunta para conocer las instrucciones sobre cómo completar este formulario. Para obtener ayuda con este formulario, llame al 1-833-694-5881.					
Información del miembro	Nombre de pila		Apellido		Inicial del segundo nombre
	Identificación del miembro	Fecha de nacimiento	Número de teléfono		Número de autorización
	Dirección postal		Ciudad	Estado	Código postal
Información del viaje	Dirección de partida		Dirección de llegada		
	Fecha	Iniciales del proveedor	Fecha	Iniciales del proveedor	
Información del profesional médico	<i>Solo para el profesional médico: Certifico que el miembro fue atendido en este consultorio médico en las fechas indicadas en la sección del viaje antes mencionada para un servicio cubierto por Medicaid.</i>				
	Nombre en letra de imprenta				
	Firma			Número de teléfono	
	Cargo			Fecha	
Firma del miembro	<i>Por el presente, certifico que toda la información antes brindada es verdadera y correcta.</i>				
	Nombre en letra de imprenta				
	Firma		Número de teléfono		