



## Gas Mileage Prefunding Instructions

Dear Driscoll Health Plan Member,

Being a Driscoll Health Plan member means you or your friends or family members can get paid for gas. This can happen if they give you a ride to or from an appointment. This perk is called mileage prefunding and is handled by One Call when you are not able to pay for gas yourself. Driscoll Health Plan / One Call have issued you a card ahead of your trip. Please fill out the attached form and mail it back within 30 days of your trip.

### Friend and Family Prefunding Guidelines:

- A member must call at least 72 hours before a medical trip.
- Members must be going to and/or from an approved place.
- A completed form must be received within 30 days of the trip date.
- Not filling out a form in time may deny future gas mileage prefunding.
- Only one pre-funded trip may be outstanding at a time.
- Funds loaded on your card are to only be used for gas.

### How to complete:

- Call 1-833-694-5881 to schedule a trip and get a Trip Order ID number.
- Write this number on the form.
- A card was sent to you at the current rate of \$0.56 per mile.
- An approved professional must sign the form (like doctors, nurses, therapists, or front office staff).
- Mail or fax the form and receipts within 30 days of your appointment to:

Driscoll Health Plan c/o One Call  
P.O. Box 896  
Elk Grove Village, IL 60009-9903  
Fax: 1-904-394-8346

Forms must be completed in full. If a form is missing information you will not get prefunded for future trips.

### Do you need help? Or do you have questions about payments or denials?

Contact One Call at 1-833-694-5881

Thank you,  
Driscoll Health Plan/One Call

## Gas Mileage Prefunding Form

Please review the attached letter for instructions on how to complete this form. For help with this form call 1-833-694-5881

<b>Member Information</b>	First Name	Last Name	Middle Initial
	Member ID	Date of Birth	Phone Number
	Street Address	City	State
			Zip
<b>Trip Leg 1 Information</b>	Total Miles:		Appointment Date:
	Beginning Address		Ending Address
	Total Parking Amount: \$	Total Toll Amount: \$	Total Amount: \$
<b>Trip Leg 2 Information</b>	Total Miles:		Appointment Date:
	Beginning Address		Ending Address
	Total Parking Amount: \$	Total Toll Amount: \$	Total Amount: \$
<b>Trip Leg 3 Information</b>	Total Miles:		Appointment Date:
	Beginning Address		Ending Address
	Total Parking Amount: \$	Total Toll Amount: \$	Total Reimbursement Amount: \$
<b>Medical Professional Info</b> <small>Each servicedate must have a medical staff signature or stamp to get payment approval</small>	<i><b>NOTE:</b> 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		NPI #
	Signature		Phone #
	Title		Date
<b>Member Signature</b>	<i>I hereby certify that all of the information given above is true and correct.</i>		
	Printed name		Date
	Signature		Phone #

## Instrucciones de prefinanciación de millaje de gasolina

Estimado(a) miembro de Driscoll Health Plan,

Ser miembro de Driscoll Health Plan significa que usted o sus amigos o familiares pueden recibir un pago por la gasolina. Esto puede suceder si te llevan hacia o desde una cita. Este beneficio se llama prefinanciación de millas y es manejado por One Call cuando no puede pagar la gasolina usted mismo. Driscoll Health Plan / One Call le ha emitido una tarjeta antes de su viaje. Por favor, complete el formulario adjunto y envíelo por correo dentro de los 30 días posteriores a su viaje.

### **Pautas de prefinanciación para amigos y familiares:**

- Un miembro debe llamar al menos 72 horas antes de un viaje médico.
- Los miembros deben ir y/o salir de un lugar aprobado.
- Se debe recibir un formulario completo dentro de los 30 días posteriores a la fecha del viaje.
- No llenar un formulario a tiempo puede negar la prefinanciación futura del kilometraje de gasolina.
- Solo un viaje prefinanciado puede estar pendiente a la vez.
- Los fondos cargados en su tarjeta solo se utilizarán para gasolina.

### **Cómo completar:**

- Llame al 1-833-694-5881 para programar un viaje y obtener un número de identificación de pedido de viaje.
- Escriba este número en el formulario.
- Se le envió una tarjeta a la tarifa actual de \$0.56 por milla.
- Un profesional aprobado debe firmar el formulario (como médicos, enfermeras, terapeutas o personal de recepción).
- Enviar por correo o fax el formulario y los recibos dentro de los 30 días posteriores a su cita a:

Driscoll Health Plan c/o One Call  
P.O. Box 896  
Elk Grove Village, IL 60009-9903  
Fax: 1-904-394-8346

Los formularios deben completarse en su totalidad. Si falta información en un formulario, no recibirá prefinanciación para futuros viajes.

### **¿Necesita ayuda? ¿O tiene preguntas sobre pagos o denegaciones?**

Comuníquese con one call al 1-833-694-5881.

Gracias,  
Driscoll Health Plan/One Call

## Formulario de prefinanciación de millaje de gasolina

Por favor revise la carta adjunta para obtener instrucciones sobre cómo completar este formulario.

Para obtener ayuda con este formulario, llame al 1-833-694-5881

<b>Información de miembro</b>	Primer nombre		Apellido		Inicial media	
	ID de miembro	Fecha de nacimiento	Número de teléfono		ID de pedido de viaje	
	Dirección de la calle		Ciudad	Estado	Código postal	
<b>Información del tramo 1 del viaje</b>	Total de Millas:		Fecha de la cita:			
	Dirección inicial		Dirección final			
	Monto total del estacionamiento:\$	Monto total del peaje:\$	Cantidad total:\$			
<b>Información del tramo 2 del viaje</b>	Total de Millas:		Fecha de la cita:			
	Dirección inicial		Dirección final			
	Monto total del estacionamiento:\$	Monto total del peaje:\$	Cantidad total:\$			
<b>Información del tramo 3 del viaje</b>	Total de Millas:		Fecha de la cita:			
	Dirección inicial		Dirección final			
	Monto total del estacionamiento:\$	Monto total del peaje:\$	Monto total del reembolso:\$			
<b>Información profesional médica</b>  Cada fecha de servicio debe tener una firma o sello del personal médico para obtener la aprobación del pago.	<i><b>NOTE:</b> 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				NPI Number	
	Signature				Phone Number	
	Title				Date	
<b>Firma del miembro</b>	Nombre impreso			Fecha		
	Firma			Número de teléfono		