



Gas Mileage Reimbursement Instructions

Dear Driscoll Health Plan Member,

Being a Driscoll Health Plan member means 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 transport perk is called mileage reimbursement and is handled by One Call. Please fill out the attached form and mail it within 30 days of your trip. Driscoll Health Plan Transportation will pay you back for the amount that Driscoll Health Plan approves by a check after getting the form.

Friend and Family Reimbursement Guidelines:

- To make sure your driver gets paid back, a member must call at least 72 hours before a routine medical trip. Call before the visit for all other trips if they are urgent.
- Members must be going to and/or from an approved place.
- A filled-out form must be received within 30 days to be paid back.

How to complete:

- Call 1-877-379-3867 to receive a Trip Order ID number
- Write this number on the form.
- You must send back this form in order for the driver to be paid back.
- You must also send all other receipts in order to be paid back (like for parking or tolls).
- Your driver will be paid 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-
0896 Fax: 1-904-394-8346

Payments will be sent within **30 days** of receiving the completed forms. If the forms are incomplete or any information is missing, your request for reimbursement may be denied.

Need help or have questions regarding payment or denials?

Contact One Call at 1-833-694-5881.

Thank you,
Driscoll Health Plan/One Call

Gas Mileage Reimbursement 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		Trip Order ID
	Street Address		City	State	Zip
Mailing or Pay-To Information	First Name		Last Name		Relationship to Member
	Street Address		City	State	Zip
Trip Leg 1 Information	Total Miles:		Appointment Date:		
	Beginning Address		Ending Address		
	Total Parking Amount: \$	Total Toll Amount: \$		Total Amount: \$	
Trip Leg 2 Information	Total Miles:		Appointment Date:		
	Beginning Address		Ending Address		
	Total Parking Amount: \$	Total Toll Amount: \$		Total Amount: \$	
Trip Leg 3 Information	Total Miles:		Appointment Date:		
	Beginning Address		Ending Address		
	Total Parking Amount: \$	Total Toll Amount: \$		Total Reimbursement Amount: \$	
Medical Professional Info Each service date must have a medical staff signature or stamp to get payment approval	<i>NOTE: 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	
Member Signature	Printed name		Date		
	Signature		Phone #		



Instrucciones para el reembolso de gastos de gasolina

Estimado miembro de Driscoll Health Plan:

Ser miembro de Driscoll Health Plan significa que sus amigos o familiares pueden recibir reembolso de gastos de gasolina. Esto puede ser el caso si ellos le llevan a una cita o de regreso a casa. Este beneficio de transporte se denomina reembolso de millas y es tramitado por One Call. Complete el formulario adjunto y envíelo por correo dentro de los 30 días posteriores a su viaje. Driscoll Health Plan Transportation le reembolsará el monto que Driscoll Health Plan apruebe mediante un cheque luego de recibir el formulario.

Pautas para el reembolso para amigos y familiares:

- Para asegurarse de que quien le lleve reciba un reembolso, el miembro debe llamar al menos 72 horas antes del viaje por motivos médicos de rutina. Llame antes de la visita para todos los demás viajes si estos son urgentes.
- Los miembros deben trasladarse hacia un lugar aprobado o de regreso de este.
- Se debe recibir el formulario completo dentro de los 30 días para su reembolso.

Cómo completar el formulario:

- Llame al 1-877-379-3867 para recibir el número de identificación de la orden de viaje.
- Escriba este número en el formulario.
- Debe devolver este formulario para que el conductor reciba el reembolso.
- También debe enviar todos los demás recibos para su reembolso (como gastos de estacionamiento o peajes).
- Su conductor recibirá el pago conforme a la tasa actual de \$0.56 por milla.
- Un profesional aprobado debe firmar el formulario (como médicos, enfermeros, terapeutas o personal de atención al público).
- Envíe por correo postal o fax el formulario y todos los recibos dentro de los 30 días posteriores a su cita a la siguiente dirección:

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

Los pagos se enviarán dentro de los **30 días** posteriores a la recepción de los formularios completos. Si los formularios están incompletos o falta información, se puede rechazar su solicitud de reembolso.

¿Necesita ayuda o tiene preguntas sobre pagos o denegaciones?

Llame a One Call al 1-833-694-5881.

Gracias,
Driscoll Health Plan/One Call

Formulario de reembolso de gastos de gasolina

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		Id. de la orden de viaje
	Dirección postal			Ciudad		Estado
Datos de envío o de la persona que recibirá el pago	Nombre de pila		Apellido		Relación con el miembro	
	Dirección postal			Ciudad		Estado
Información sobre la etapa 1 de viaje	Cantidad total de millas:			Fecha de la cita:		
	Dirección de partida			Dirección de llegada		
	Monto total de estacionamiento: \$		Monto total de peaje: \$		Monto total: \$	
Información sobre la etapa 2 de viaje	Cantidad total de millas:			Fecha de la cita:		
	Dirección de partida			Dirección de llegada		
	Monto total de estacionamiento: \$		Monto total de peaje: \$		Monto total: \$	
Información sobre la etapa 3 de viaje	Cantidad total de millas:			Fecha de la cita:		
	Dirección de partida			Dirección de llegada		
	Monto total de estacionamiento: \$		Monto total de peaje: \$		Monto total de reembolso: \$	
Información del profesional médico <small>Cada fecha de servicio debe tener la firma o el sello de un miembro del personal médico para obtener aprobación de pago.</small>	NOTA: 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.					
	Nombre en letra de imprenta				Número de NPI	
	Firma				Número de teléfono	
	Cargo				Fecha	
Firma del miembro	Por el presente, certifico que toda la información antes brindada es verdadera y correcta.					
	Nombre en letra de imprenta			Fecha		
Firma			Número de teléfono			