



Meal Prefunding Instructions

Dear Driscoll Health Plan Member,

We have approved for one or more meals during your trip. This prefunded meal benefit is handled by One Call. One Call has issued you a card ahead of your trip in the amount authorized by Driscoll Health Plan. You will need to complete the attached form and send back to One Call within 30 days of travel.

Meal Prefunding Guidelines:

- Members should call One Call at least 72 hours before a scheduled medical trip to request meal prefunding.
- This trip must be approved by Driscoll Health Plan and One Call.
- Members will only receive meal funds in the amounts approved by Driscoll Health Plan.
- If more passengers or escorts will be required for your trip, please inform One Call when you schedule your trip.
- Additional passengers or escorts must be approved by your doctor.
- Not filling out a form in time may deny future prefunding.
- Only one prefunded trip may be outstanding at a time.
- Funds loaded to this card are only to be used for meals.

How to Complete:

- Call One Call and we will give you a Trip Order ID number. You must place the trip number on the form.
- You must send in this form within 30 days after your trip.
- You must provide all meal receipts.
- You can only use prepaid funds for food. Anything that is not food must not be paid for using prepaid funds.
- An authorized medical professional must sign the form.
- Examples of these are nurses, therapists, or front office workers. It does not have to be the doctor.
- Mail or email the filled-out form and receipts within 30 days of your appointment to:

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

Please note you need to fill out all required information. If any information is missing your request may be denied.

Need help or have questions?

Contact One Call at 1-833-694-5881 or call the number on the back of your health plan card.

Thank you,
Driscoll Health Plan/One Call

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

Meal Prefunding Form

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

Patient Information	First Name		Last Name		Middle Initial	
	Member ID		Date of Birth	Phone Number	Trip Order ID	
	Street Address			City	State	Zip
	<input type="checkbox"/> Clinical appointment		<input type="checkbox"/> Event-based mass transportation			
Meal Details	Member Meals			Additional Approved Meals		
	Date	Meal Type	Total Meal Cost (including taxes)	Date	Meal Type	Total Meal Cost: (including taxes)
		Breakfast			Breakfast	
		Lunch			Lunch	
		Dinner			Dinner	
		Breakfast			Breakfast	
		Lunch			Lunch	
		Dinner			Dinner	
		Breakfast			Breakfast	
		Lunch			Lunch	
		Dinner			Dinner	
Medical Professional Info <small>Each service date must have a medical staff signature or stamp to get payment approval</small>	<i>I certify that the member was seen by this medical office on the date or dates referenced in the trip section above.</i>					
	Printed Name				NPI #	
	Signature				Phone #	
	Title				Date	
Member Signature	<i>I hereby certify that all of the information given above is true and correct.</i>					
	Printed name			Date		
	Signature			Phone #		
Request Summary <small>(Internal Use Only)</small>	Trip Order ID			Total Number of Approved Passengers or Attendants:		
	Authorization Number		Date of Authorization		Name of Authorizer	
	Member Meal Total Amount			\$		
	Additional Approved Total Amount			\$		
Total Meal Amount			\$			



Instrucciones de prefinanciación de comidas

Estimado miembro de Driscoll Health Plan,

Hemos aprobado una o más comidas durante su viaje. Este beneficio de comida prefinanciado es manejado por One Call. One Call le ha emitido una tarjeta antes de su viaje en la cantidad autorizada por Driscoll Health Plan. Deberá completar el formulario adjunto y enviarlo de vuelta a One Call dentro de los 30 días posteriores al viaje.

Pautas de prefinanciación de comidas:

- Los miembros deben llamar a One Call al menos 72 horas antes de un viaje médico programado para solicitar el prefinanciamiento de comidas.
- Este viaje debe ser aprobado por Driscoll Health Plan y One Call.
- Los miembros solo recibirán fondos para comidas en las cantidades aprobadas por Driscoll Health Plan.
- Si se requerirán más pasajeros o acompañantes para su viaje, informe a One Call cuando programe su viaje.
- Los pasajeros o acompañantes adicionales deben ser aprobados por su médico.
- No completar un formulario a tiempo puede negar la prefinanciación futura.
- Solo un viaje prefinanciado puede estar pendiente a la vez.
- Los fondos cargados en esta tarjeta solo se utilizarán para las comidas.

Cómo completar:

- Llame a One Call y le daremos un número de identificación de pedido de viaje. Debe colocar el número de viaje en el formulario.
- Debe enviar este formulario dentro de los 30 días posteriores a su viaje.
- Debe proporcionar todos los recibos de comida.
- Solo puede usar fondos prepagados para alimentos. Cualquier cosa que no sea comida no debe pagarse por usar fondos prepagados.
- Un profesional médico autorizado debe firmar el formulario.
- Ejemplos de estos son enfermeras, terapeutas o trabajadores de recepción. No tiene que ser el médico.
- Envíe por correo o envíe por correo electrónico el formulario completado y los recibos dentro de los 30 días posteriores a su cita a:

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

Tenga en cuenta que debe completar toda la información requerida. Si falta alguna información, su solicitud puede ser denegada.

¿Necesita ayuda o tiene preguntas?

Comuníquese con One Call al 1-833-694-5881 o llame al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta del plan de salud.

Gracias,

Driscoll Health Plan / One Call

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

Formulario de prefinanciación de comidas

Revise la carta adjunta para obtener instrucciones sobre cómo completar este formulario. Para obtener ayuda con este formulario, llame al 1-833-694-5881

Información del paciente	Primer nombre		Apellido		Inicial media	
	ID de miembro		Fecha de nacimiento		Número de teléfono	
	Dirección de la calle		Cuidad		Estado	
	<input type="checkbox"/> Cita clínica		<input type="checkbox"/> Transporte masivo basado en eventos			
Detalles de la comida	Comidas del miembro			Comidas adicionales aprobadas		
	Fecha	Tipo de comida	Costo total de la comida (impuestos incluidos)	Fecha	Tipo de comida	Costo total de la comida (impuestos incluidos)
		Desayuno			Desayuno	
		Almuerzo			Almuerzo	
		Cena			Cena	
		Desayuno			Desayuno	
		Almuerzo			Almuerzo	
		Cena			Cena	
		Desayuno			Desayuno	
		Almuerzo			Almuerzo	
	Cena			Cena		
Información del profesional médico Cada fecha de servicio debe tener una firma o sello del personal médico para obtener la aprobación del pago	<i>I certify that the member was seen by this medical office on the date or dates referenced in the trip section above.</i>					
	Printed Name				NPI #	
	Signature				Phone #	
	Title				Date	
Firma del miembro	<i>Por la presente certifico que toda la información dada anteriormente es verdadera y correcta.</i>					
	Nombre impreso			Fecha		
	Firma			Teléfono #		
Request Summary (Internal Use Only)	Trip Order ID		Total Number of Approved Passengers or Attendants:			
	Authorization Number		Date of Authorization		Name of Authorizer	
	Member Meal Total Amount		\$			
	Additional Approved Total Amount		\$			
Total Meal Amount		\$				