



## Meal Reimbursement Letter

Dear Driscoll Health Plan Member,

We have approved for one or more meals during your trip. This meal reimbursement benefit is handled by One Call. Please fill out the attached form, and then mail it and all meal receipts within 30 days of your trip. One Call will pay you back for the amount approved by Driscoll Health Plan within 30 days of getting back the form.

### Meal Reimbursement Facts:

- Members should call One Call at least 72 hours before a scheduled visit to request approval to be paid back.
- This trip must be approved by One Call.
- Members will only be paid back 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.

### 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 back to be paid.
- You must provide all meal receipts in order to be paid.
- You can only be paid back for food. Anything that is not food will not be paid.
- 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

| Meal Reimbursement 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. |   |           |  |                                  |                        |                                       |
| <b>Patient Information</b>  | 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 |                                  |                        |                                       |
| <b>Mailing or Pay-To Information</b>  | First Name  |           | Last Name  |                                  | Relationship to Member |                                       |
|   | Street Address  |           | City   | State                            | Zip                    |                                       |
| <b>Meal Details</b>   | <b>Member Meals</b>   |           |  | <b>Additional Approved Meals</b> |                        |                                       |
|   | Date  | Meal Type | Total Meal Cost<br>(including taxes)                     | Date                             | Meal Type              | Total Meal Cost:<br>(including taxes) |
|   |   | Breakfast |  |                                  | Breakfast              |                                       |
|   |   | Lunch     |  |                                  | Lunch                  |                                       |
|   |   | Dinner    |  |                                  | Dinner                 |                                       |
|   |   | Breakfast |  |                                  | Breakfast              |                                       |
|   |   | Lunch     |  |                                  | Lunch                  |                                       |
|   |   | Dinner    |  |                                  | Dinner                 |                                       |
| <b>Request Summary<br/>(Internal Use Only)</b>  | 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  |           | \$   |                                  |                        |                                       |
| <b>Total Meal Amount</b>  |   | <b>\$</b> |  |                                  |                        |                                       |
| <b>Medical Professional Info</b><br>Each service date must have a medical staff signature or stamp to get payment approval            | <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 Number             |                                       |
|   | Signature   |           |  |                                  | Phone Number           |                                       |
|   | Title   |           |  |                                  | Date                   |                                       |
| <b>Member Signature</b>   | Printed name  |           |  | Date                             |                        |                                       |
|   | Signature   |           |  | Phone Number                     |                        |                                       |



## Carta sobre reembolso de comidas

Estimado miembro de Driscoll Health Plan:

Hemos aprobado una o más comidas durante su viaje. One Call tramita este beneficio de reembolso de comidas. Complete el formulario adjunto y envíelo por correo junto con todos los recibos de las comidas dentro de los 30 días posteriores a su viaje. One Call le devolverá el monto aprobado por Driscoll Health Plan dentro de los 30 días posteriores a la recepción del formulario.

### Datos sobre el reembolso de comidas:

- Los miembros deben llamar a One Call al menos 72 horas antes de una visita programada para solicitar aprobación para la devolución del dinero.
- One Call debe aprobar este viaje.
- Los miembros solo recibirán el reembolso de los montos aprobados por Driscoll Health Plan.
- Si se necesitarán más pasajeros o acompañantes para su viaje, informe a One Call al programar la visita.

### Cómo completar el formulario:

- Llame a One Call y nosotros le daremos un número de identificación de orden de viaje. Debe colocar el número de viaje en el formulario.
- Debe enviar este formulario para recibir el reembolso.
- Debe proporcionar todos los recibos de las comidas para recibir el reembolso.
- Solo puede recibir reembolso por alimentos. No se darán reembolsos por nada que no sea alimentos.
- Un profesional médico autorizado debe firmar el formulario.
- Ejemplos de estos son enfermeros, terapeutas o trabajadores de atención al público. No necesariamente tiene que ser el médico. No necesariamente tiene que ser el médico.
- Envíe por correo postal o electrónico el formulario completo y los recibos dentro de los 30 días posteriores a su cita 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

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

### ¿Necesita ayuda o tiene preguntas?

Comuníquese con One Call llamando al 1-833-694-5881 o llame al número que figura en el dorso de la tarjeta de su plan de salud.

Gracias,  
Driscoll Health Plan/One Call

### Formulario de reembolso de comidas

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.

|  |   |                |  |   |                            |  |               |
|--|---|----------------|--|---|----------------------------|--|---------------|
| <b>Información del paciente</b>  | Nombre de pila  |                | Apellido   |   | Inicial del segundo nombre |  |               |
|  | Identificación del miembro  |                | Fecha de nac.                                    | Número de teléfono  |                            | Id. de la orden de viaje                         |               |
|  | Dirección postal  |                |  | Ciudad  |                            | Estado   | Código postal |
|  | <input type="checkbox"/> Cita clínica   |                |  | <input type="checkbox"/> Transporte masivo para un evento |                            |  |               |
| <b>Datos de envío o de la persona que recibirá el pago</b>   | Nombre de pila  |                | Apellido   |   | Relación con el miembro    |  |               |
|  | Dirección postal  |                |  | Ciudad  |                            | Estado   | Código postal |
| <b>Detalles de las comidas</b>   | <b>Comidas del miembro</b>  |                |  | <b>Comidas adicionales aprobadas</b>                      |                            |  |               |
|  | Fecha   | Tipo de comida | Costo total de las comidas (impuestos incluidos) | Fecha   | Tipo de comida             | Costo total de las comidas (impuestos incluidos) |               |
|  |   | Desayuno       |  |   | Desayuno                   |  |               |
|  |   | Almuerzo       |  |   | Almuerzo                   |  |               |
|  |   | Cena           |  |   | Cena                       |  |               |
|  |   | Desayuno       |  |   | Desayuno                   |  |               |
|  |   | Almuerzo       |  |   | Almuerzo                   |  |               |
| <b>Resumen de la solicitud (solo para uso interno)</b>   | Identificación de la orden de viaje   |                |  | Cantidad total de pasajeros o asistentes aprobados:       |                            |  |               |
|  | Número de autorización  |                | Fecha de autorización                            |   | Nombre del autorizador     |  |               |
|  | Monto total por comidas del miembro   |                |  | \$  |                            |  |               |
|  | Monto total adicional aprobado  |                |  | \$  |                            |  |               |
| <b>Monto total por comidas</b>   |   |                | <b>\$</b>  |   |                            |  |               |
| <b>Información del profesional médico</b><br><small>Cada fecha de servicio debe tener la firma o el sello de un miembro del personal médico para obtener aprobación de pago.</small> | <i>Certifico que el miembro fue atendido en este consultorio médico en las fechas indicadas en la sección del viaje antes mencionada.</i> |                |  |   |                            |  |               |
|  | Nombre en letra de imprenta   |                |  |   | Número de NPI              |  |               |
|  | Firma   |                |  |   | Número de teléfono         |  |               |
|  | Cargo   |                |  |   | Fecha                      |  |               |
| <b>Firma del miembro</b>   | <i>Por el presente, certifico que toda la información antes brindada es verdadera y correcta.</i>   |                |  |   |                            |  |               |
|  | Nombre en letra de imprenta   |                |  | Fecha   |                            |  |               |
|  | Firma   |                |  | Número de teléfono  |                            |  |               |