



EOCCO Transporte Medico No Urgente

Carta reembolso al beneficiario

Yo (nombre del miembro) _____ doy permiso a EOCCO para reembolsar a (nombre del beneficiario) _____ los gastos por motivos de viaje a citas médicas.

Firmas >

Fecha de hoy
El nombre del miembro
Firma del miembro

Fecha de hoy
Nombre del beneficiario*
Firma de beneficiario

*El beneficiario es cualquier persona que lleva al miembro a su cita. El beneficiario puede ser un miembro de la familia, padres, guardián, amigo, vecino, u otra persona. El miembro también puede ser el beneficiario si es mayor de 18 años.

Usted puede recibir este documento en otro idioma, impreso en letra más grande u otro formato que sea el mejor para usted. Llame al número gratuito 1-888-788-9821. Usuarios de TTY marcar al 711.

Eastern Oregon Coordinated Care Organization (EOCCO) sigue las leyes de derechos civiles federales y estatales. No podemos tratar injustamente a las personas en ninguno de nuestros servicios o programas con base en la edad, color, discapacidad, identidad de género, estado marital, origen nacional, raza religión, sexo u orientación sexual. ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al 1-888-788-9821 (TTY: 711).