

Programa Rhiannon's Kids

Entrega: Recepción Pediátrica
 Correo: Clinica de Pediatría
 P.O. Box 660, Mammoth Lakes
 ¿Preguntas? (760) 924-4000

Solicitud de reembolso financiero
Debe enviarse dentro de los 60 días posteriores a la cita.
 Por favor espere hasta 4 semanas para procesar.
 Toda la información de esta solicitud es CONFIDENCIAL

Nombre del Paciente:	Padre/Tutor:
Dirección física:	Ciudad/Estado/Código Postal:
Dirección postal:	Ciudad/Estado/Código Postal:
Numero de teléfono:	Correo electrónico:
Centro Médico:	Fecha de cita(s):

Nombre del médico e información de contacto:

¿Está recibiendo fondos adicionales? Si/No Si es así ¿de quién?

Los gastos son reembolsables el día de la cita y un día antes o después del viaje.

Los días adicionales requieren una explicación de la necesidad médica. Solo podemos aceptar recibos detallados:

Alojamiento hasta \$200/día, alimento hasta \$80/día (no se permiten bebidas alcohólicas; tienda de comestibles bienvenida),
 y un reembolso fijo de gas de ida y vuelta según la ubicación de la instalación médica (Vea las tarifas a continuación).

	<i>ejemplo: 2/14</i>	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Alojamiento	\$200.00						
Alimento	\$80.00						
Gasolina							
UC Davis \$110	\$110.00						
Bay Area \$150							
Carson/Reno/Tahoe \$80							
LA/Orange Co. \$150							
San Diego \$175							
Otro							
Total diario	\$360.00						

Total solicitado:

*Los documentos que se se enumeran a continuación deben enviarse dentro de los 60 días posteriores a la visita médica.

El reembolso no se puede procesar sin:

__este formulario __comprobante de cita(s) __recibos originales detallados

He leído y entiendo este formulario. He proporcionado información correcta y completa. Doy permiso a Mammoth Hospital para contactar a mis proveedores.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

For Office Use Only:

This applicant is eligible for assistance: (Y/N)

Reimbursable
amount: