



## Fuel Reimbursement Request Form / Formulario de solicitud de reembolso por consumo de gasolina

Please print clearly or type all of the information on this form.  
Mail, email or fax the completed form to the address or the fax number below.

Por favor escribe claramente toda la información en este formulario.  
Envía este formulario por correo, fax o correo electrónico a la dirección o número de fax indicado a continuación.

### Member Information / Información del miembro

Member ID Number / Número de ID del miembro:  CHIP  STAR\*  STARKids\*

Date of Birth / Fecha de nacimiento:

Member's Full Name (Last Name, First Name) / Nombre completo del miembro (Apellido, Nombre):

Street Address / Dirección postal:

City / Ciudad: State / Estado: Zip / Código postal:

Caller Name / Nombre de quien realizó la llamada: Relationship / Relación:

Telephone / Teléfono:

### Type of Appointment (check one) / Tipo de consulta (selecciona uno)

**Doctor Name / Nombre del doctor:** Telephone / Teléfono:

Street Address / Dirección postal:

City / Ciudad: State / Estado: Zip / Código postal:

**Pharmacy Name / Nombre de la farmacia:** Telephone / Teléfono:

Street Address / Dirección postal:

City / Ciudad: State / Estado: Zip / Código postal:

**Texas Children's Health Plan Class Name / Nombre de la clase de Texas Children's Health Plan:**

Street Address / Dirección postal:

City / Ciudad: State / Estado: Zip / Código postal:

Date / Fecha: Time / Hora:

### Instructions – Please send completed form to: / Instrucciones – Por favor completa y envía el formulario a:

<b>Mail / Correo:</b> Texas Children's Health Plan Marketing & Fulfillment PO Box 301011 WLS 8373 Houston, TX 77230-1011	<b>Email / Correo electrónico:</b> memsvstransportationfax@texaschildrens.org	<b>Fax completed form to / Formulario completado vía fax a:</b> Texas Children's Health Plan Fuel Reimbursement Request 832-825-9482
--	--	---

You will be contacted within 48 hours of submitting your form. / Serás contactado dentro de 48 horas de haber enviado el formulario.

### FOR INTERNAL USE ONLY / PARA USO INTERNO SOLAMENTE

Full Name:

Title:

Telephone: Fax:

Member:  Completed Visit  Canceled Visit  Rescheduled Visit (Date / )  No-show

Mileage:

**\*For STAR and STAR Kids Members:** Have you contacted Medical Transportation Program **877-633-8747** or Medical Transportation Management **855-687-4786**?

**\*Miembros de STAR y STAR Kids:** ¿Has contactado a Medical Transportation Program **877-633-8747** o a Medical Transportation Management **855-687-4786**?