



REGISTRO Y FACTURA PARA EL REEMBOLSO DE MILLAJE POR TRASLADOS

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR

| | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------|---------------|
| Nombre del conductor | | Dirección del conductor (calle) | | |
| Número de licencia de conducir | Estado de la licencia de conducir | Ciudad | Estado | Código postal |

FIRMA DEL CONDUCTOR

Confirmando, mediante la presentación de este documento, que acepto que tengo una licencia de conducir vigente, válida y abierta; que el vehículo que uso para prestar los servicios ha aprobado todas las pruebas estatales y está actualmente registrado y asegurado en consonancia con las leyes y los reglamentos del estado en el que está registrado.

X _____

Firma _____ **Fecha** _____

REGISTRO DE TRASLADOS

Cada fecha de servicio debe tener la firma de un médico o de personal clínico y se verificará con el consultorio del médico antes de que se realicen los pagos.

¿El traslado forma parte de una solicitud fija? Sí No **Solicitud fija Días de los traslados semanales** Do. Lu. Ma. Mi. Ju. Vi. Sá.

| | Fecha del traslado | Número de traslado | Total de millas | Nombre del prestador de servicios médicos | Número del prestador de servicios médicos | Firma del médico o personal clínico |
|---|--------------------|--------------------|-----------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

* Para los asegurados de California: según la carta 17-010 del Departamento de Servicios de Salud de California, los beneficiarios de Medi-Cal que conducen a su cita por sí mismos NO son elegibles para recibir el reembolso del millaje.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

| | | |
|---------------------------|----------------------|---------------------|
| Relación con el asegurado | Nombre del asegurado | Número de asegurado |
|---------------------------|----------------------|---------------------|

FIRMA DEL ASEGURADO

Acepto que la información anterior es verdadera y correcta. También he recibido, leído y aceptado las pautas para el reembolso de gasolina.

X _____

Firma del asegurado _____ Nombre del asegurado (letra de molde)

Los formularios llenos pueden presentarse de las siguientes maneras:

Correo: 798 Park Avenue NW, Norton, VA 24273 **Fax:** 866-528-0462 **Correo electrónico:** Virginia.billingoperations@modivcare.com

Deberá esperar de 4 a 6 semanas para que se complete el pago. Si tiene preguntas sobre su reclamación, llame al 1-800-930-9060.

| | | | |
|-----------------------------|---------------------------|----------------|---------------|
| Solo para uso de la oficina | | | |
| Total de millaje a pagar | Monto total de la factura | Número de lote | Fecha de lote |