



# REGISTRO Y FACTURA DE VIAJES PARA EL REEMBOLSO DE MILLAS

## INFORMACIÓN DEL (LA) CONDUCTOR(A)

Nombre del (la) conductor(a)		Dirección del (la) conductora (Calle)		
Número de licencia de conducir	Estado de la licencia de conducir	Ciudad	Estado	Código postal

## FIRMA DEL (LA) CONDUCTOR(A)

Confirmando que, al enviar este registro, acepto que tengo seguro de automóvil vigente; que tengo una licencia de conducir estatal válida; que el vehículo que uso para proporcionar los servicios ha pasado todas las pruebas estatales; que no se me ha declarado culpable de delito grave con sustancias controladas; que no se me ha declarado culpable de más de dos infracciones de tránsito, conducir en estado de ebriedad, y/o conducir bajo la influencia en los últimos dos años.

**X** \_\_\_\_\_ **\*Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha**

\*Los conductores de Michigan, al firmar arriba, aceptan que no están excluidos actualmente de participar en ningún programa federal de atención de la salud ni que figuran en la lista de proveedores sancionados del MDHHS ni en la lista de exclusión del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

## REGISTRO DE VIAJES

Cada una de las fechas de servicio debe tener la firma del médico o personal clínico y se verificará con el consultorio del mismo antes de realizar pago alguno.

¿Este viaje es una orden fija?  Sí  No      Días en que se viaja semanalmente según la orden fija  D  L  M  M  J  V  S

	Fecha del viaje	Número de viaje	Millas totales	Nombre del proveedor	Número telefónico del proveedor	Firma del médico / personal clínico
1						
2						
3						
4						
5						

\*Para los afiliados de California: Según la Carta a Todos los Planes 17-010 del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California, los beneficiarios de Medi-Cal que conducen por sí mismos a su cita NO son elegibles para el reembolso de millas.

## INFORMACIÓN DE LA PERSONA AFILIADA

Relación con el (la) afiliado(a)	Nombre del (la) afiliado(a)	Identificación de afiliación
----------------------------------	-----------------------------	------------------------------

## FIRMA DE LA PERSONA AFILIADA

Por la presente convengo en que la información anterior es verdadera y correcta. También recibí, leí y acepté los lineamientos de reembolso de gasolina.

**X** \_\_\_\_\_ Firma del (la) afiliado(a)      \_\_\_\_\_ Nombre del (la) afiliado(a) (con letra de molde)

Los formularios llenos pueden enviarse a:

**Por correo:** 798 Park Avenue NW, Norton, VA 24273

**Por fax:** 866-528-0462

**Por correo electrónico:** support.claims@modivcare.com

Si tiene preguntas sobre su reclamación, llame al 1-800-930-9060.