



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)

Al enviar este registro de conductor(a), confirmo que convengo en que tengo una licencia de conducir vigente, válida y sin restricciones; que el vehículo utilizado para proporcionar los servicios ha aprobado todas las pruebas estatales y actualmente tiene su seguro y registro estatal vigentes, de conformidad con las leyes y reglamentaciones del estado en el que está registrado.

X _____
Firma **Fecha**

REGISTRO DE VIAJES

Cada una de las fechas de servicio debe tener la firma del médico o 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 / clínico
1						
2						
3						
4						
5						

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)	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



INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y FACTURA DE VIAJES PARA EL REEMBOLSO DE MILLAS

INFORMACIÓN DEL (LA) CONDUCTOR(A)

Nombre del (la) conductor(a) John Doe		Dirección del (la) conductora (Calle) 1234 Main St.		
Número de licencia de conducir ABC123	Estado de la licencia de conducir CO	Ciudad Anywhere	Estado CO	Código postal 12345

FIRMA DEL (LA) CONDUCTOR(A)

Al enviar este registro de conductor(a), confirmo que convengo en que tengo una licencia de conducir vigente, válida y sin restricciones; que el vehículo utilizado para proporcionar los servicios ha aprobado todas las pruebas estatales y actualmente tiene su seguro y registro estatal vigentes, de conformidad con las leyes y reglamentaciones del estado en el que está registrado.

x *John Doe*

06/15/2022

Firma

Seleccione Sí si los viajes se repiten.

Fecha

Seleccione todos los días en que el viaje ocurre, si corresponde.

REGISTRO DE VIAJES

Cada una de las fechas de servicio debe tener la firma del médico o 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 / clínico
1	01/01/2022	12564	15	Dr. Jane Smith	123-555-5555	<i>Jane Smith, MD</i>
2						
3						
4						
5						

Este número se proporciona al hacer la reservación con Modivcare.

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

La identificación puede encontrarse en la tarjeta de seguro de salud del afiliado(a).

Relación con el (la) afiliado(a) Cónyuge	Identificación de afiliación 987654321
--	--

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 *Jane Doe*

Jane Doe

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