

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR

Nombre del conductor		Dirección del conductor (calle)		
Nº de licencia de conducir	Estado de la licencia de conducir	Ciudad	Estado	Código postal

FIRMA DEL CONDUCTOR

Al enviar este registro de conductor confirmo que estoy de acuerdo en que tengo una licencia de conducir actual, válida y sin restricciones; que el vehículo utilizado para realizar los servicios superó todas las pruebas estatales y está actualmente registrado y asegurado de acuerdo con las leyes y reglamentos del estado en el que está registrado.

X _____

Firma

Fecha

REGISTRO DE VIAJES

Cada fecha de servicio debe llevar la firma de un médico o clínico y se revisará con la consulta del médico antes de efectuar los pagos.

¿El viaje es una orden permanente? Si No

Orden permanente Días de viaje semanales D L M M J V S

	Fecha del viaje	Número del viaje	Km totales	Nombre del proveedor	Número de teléfono del proveedor	Firma del doctor/clínico
1						
2						
3						
4						
5						

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Relación con el miembro	Nombre del miembro	Identificación del miembro
-------------------------	--------------------	----------------------------

FIRMA DEL MIEMBRO

Por la presente acepto que la información anterior es verdadera y exacta. También recibí, leí y acepté los lineamientos para el reembolso del gas.

X _____

Firma del miembro

Nombre del miembro (en letra de imprenta)

Los formularios rellenos pueden enviarse a:

Correo: 798 Park Avenue NW, Norton, VA 24273

Fax: 866-528-0462

Correo electrónico: support.claims@modivcare.com

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