

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

### INFORMACIÓN DEL (LA) CONDUCTOR(A)

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

### FIRMA DEL (LA) CONDUCTOR(A)

Al enviar este registro, confirmo que convengo en que tengo una licencia de conducir vigente, válida y abierta; 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.

\*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.

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

### INFORMACIÓN DE LA PERSONA AFILIADA

Relación con el (la) afiliado(a) <b>Cónyuge</b>	Nombre del (la) afiliado(a) <b>Jack Johnson</b>	Identificación de afiliación <b>987654321</b>
---	---	---

### 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*

Firma del (la) afiliado(a)

**Jane Doe**

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: [Virginia.billingoperations@modivcare.com](mailto:Virginia.billingoperations@modivcare.com)**

**Por favor permítanos de 4 a 6 semanas para procesar el pago. Si tiene preguntas sobre su reclamación, llame al 1-800-930-9060.**