



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

## INFORMACIÓN DEL (LA) CONDUCTOR(A)

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

## 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)<br><b>Cónyuge</b> | Identificación de afiliación<br><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*

**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