



REGISTRO DE VIAJE PARA REEMBOLSO POR KILOMETRAJE DE NEVADA

Debe ser enviado a: **Departamento de Reclamos de LogistiCare**
2552 West Erie Drive Suite 101
Tempe, AZ 85282-3100
Fax – 1-877-316-2599

NOMBRE DEL CONDUCTOR: _____

RELACION CON EL PARTICIPANTE: _____

DIRECCION DE CORREO DEL CONDUCTOR: _____

N.º DE TELEFONO DEL CONDUCTOR: _____

CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL: _____

NOMBRE DEL MIEMBRO (Si es diferente al conductor): _____

N.º ID DEL MIEMBRO DE MEDICAID: _____

Fecha del viaje	N.º de viaje/trabajo	Nombre y n.º de teléfono del proveedor médico	Firma del médico/clínico*	Total de millas
		Nombre: Número de teléfono:		
		Nombre: Número de teléfono:		
		Nombre: Número de teléfono:		
		Nombre: Número de teléfono:		
		Nombre: Número de teléfono:		
		Nombre: Número de teléfono:		
		Nombre: Número de teléfono:		

*Cada fecha de servicio debe tener la firma de un médico o clínico o un recibo del consultorio del médico, comprobante de la farmacia o documentación de alta para que el reembolso sea aprobado.

No escribir en este espacio.

Total de kilometraje a ser pagado: _____ Monto total para esta factura: _____ No. de lote: _____ Fecha de lote: _____

Por medio de la presente certifico que la información contenida en el presente es verdadera, correcta y precisa. Firma _____