



**REGISTRO DE VIAJE PARA REEMBOLSO DE KILOMETRAJE DE FLORIDA**

Debe enviarse a: **ModivCare Claims Department**  
**798 Park Avenue NW, 4th Floor**  
**Norton, VA 24273**

**NOMBRE DEL CONDUCTOR:** \_\_\_\_\_  
**DIRECCIÓN POSTAL DEL CONDUCTOR:** \_\_\_\_\_  
**CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL MIEMBRO (si no es el conductor):** \_\_\_\_\_

**RELACIÓN AL MIEMBRO:** \_\_\_\_\_  
**No. DE TELÉFONO DEL CONDUCTOR:** \_\_\_\_\_  
**No. DE IDENT. DEL MIEMBRO:** \_\_\_\_\_

Fecha del viaje	No. de viaje/trabajo	Nombre y teléfono del proveedor médico	Firma del Médico/Clinico*	Millas Totales
		Nombre: Tel.:		
		Nombre: Tel.:		
		Nombre: Tel.:		
		Nombre: Tel.:		
		Nombre: Tel.:		
		Nombre: Tel.:		
		Nombre: Tel.:		

\* Cada fecha de servicio debe tener la firma de un médico o doctor para que se apruebe el reembolso.  
 NOTA: Cada viaje se confirmará con la oficina del médico antes hacer pagos.

No escriba en este espacio.			
Total de millas a pagar: _____	Cantidad total de esta factura: _____	No. de lote: _____	Fecha de lote: _____

**Por este medio certifico que la información contenida aquí es verdadera, correcta y exacta. Firma** \_\_\_\_\_  
 (Firma del Miembro)