|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL (LA) CONDUCTOR(A)** | | | | | | | |
| Nombre del (la) conductor(a) | | | Dirección del (la) conductora (Calle) | | | |
| Número de licencia de conducir | Estado de la licencia de conducir | | Ciudad | Estado | | Código postal |
| **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** | | |  | |  | |
| **Firma** | |  | **Fecha** | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| 2 |  |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| 3 |  |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| 4 |  |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| 5 |  |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE LA PERSONA AFILIADA** | | | | |
| Relación con el (la) afiliado(a) | Nombre del (la) afiliado(a) | | | Identificación de afiliación | | |
| **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** | |  |  | | |
| Firma del (la) afiliado(a) | |  | Nombre del (la) afiliado(a) (con letra de molde) | | |

\*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.

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 |

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