|  |
| --- |
| **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.**