



FL REEMBOLSO DE KILOMETRAJE REGISTRO DE VIAJE Y FACTURA

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR

| | | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------|---------------|
| Nombre del conductor | | Dirección del conductor (calle) | | |
| Nº de licencia de conducir | Estado de la licencia de conducir | Ciudad | Estado | Código postal |

FIRMA DEL CONDUCTOR

Al enviar este registro de conductor confirmo que estoy de acuerdo en que tengo una licencia de conducir actual, válida y sin restricciones; que el vehículo utilizado para realizar los servicios superó todas las pruebas estatales y está actualmente registrado y asegurado de acuerdo con las leyes y reglamentos del estado en el que está registrado.

X _____
Firma _____ Fecha _____

REGISTRO DE VIAJES

Cada fecha de servicio debe llevar la firma de un médico o clínico y se revisará con la consulta del médico antes de efectuar los pagos.

¿El viaje es una orden permanente? Si No Orden permanente Días de viaje semanales D L M M J V S

| | Fecha del viaje | Número del viaje | Km totales | Nombre del proveedor | Número de teléfono del proveedor | Firma del doctor/clínico |
|---|-----------------|------------------|------------|----------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

| | | |
|-------------------------|--------------------|----------------------------|
| Relación con el miembro | Nombre del miembro | Identificación del miembro |
|-------------------------|--------------------|----------------------------|

FIRMA DEL MIEMBRO

Por la presente acepto que la información anterior es verdadera y exacta. También recibí, leí y acepté los lineamientos para el reembolso del gas.

X _____
Firma del miembro _____ Nombre del miembro (en letra de imprenta) _____

Los formularios rellenos pueden enviarse a:

Correo: 798 Park Avenue NW, Norton, VA 24273 Fax: 866-528-0462

Correo electrónico:
Virginia.billingoperations@modivcare.com

La tramitación del pago tardará entre 4 y 6 semanas. Si tiene preguntas sobre su reclamo, llame al 1-800-930-9060.



| | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|----------------|----------------|
| Solo para uso de la oficina | | | |
| Total del kilometraje que se pagará | Monto total de la factura | Número de lote | Fecha del lote |