

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR

Nombre del Conductor Jane Doe		Dirección del Conductor (Calle) 0000 Main St.		
N.º de Licencia de Conducir XYZ000	Estado de la Licencia de Conducir VA	Ciudad Anywhere	Estado VA	Código Postal 00000

Seleccione Sí si los viajes se repiten.

Seleccione todos los días en que el viaje ocurre, si corresponde.

REGISTRO DE VIAJES

Cada fecha de servicio debe tener la firma de un médico o profesional clínico y será revisada con el consultorio del médico antes de realizar los pagos.

¿El viaje es una Orden Permanente?

Días semanales de viaje de la Orden Permanente:

☒ YES☐ NO☐ Do☒ Lu☐ Ma☒ Mi☐ Ju☒ Vi☐ Sá

	Fecha del Viaje	N.º de Viaje	Millas Totales	Teléfono del Proveedor	Firma del Médico/Profesional Clínico
1	02.01.2026	0000	12	000-000-0000	Sarah Davis, MD
2					
3					
4					
5					

Este número se proporciona al hacer la reservación con MediDrive.

*Para miembros de California: Según la Carta para Todos los Planes 17-010 del Departamento de Servicios de Atención Médica de California, los beneficiarios de Medi-Cal que se transportan a sus citas por sus propios medios NO son elegibles para el reembolso de millaje.

FIRMA DEL CONDUCTOR

Al enviar este registro de viajes, certifico que al momento en que se prestaron los servicios contaba con una licencia de conducir vigente y válida; y que el vehículo utilizado había pasado todas las inspecciones estatales requeridas y estaba debidamente registrado y asegurado de conformidad con las leyes y regulaciones del estado de registro.

Firma

Fecha

Jane Doe

03.02.2026

La identificación puede encontrarse en la tarjeta de seguro de salud del afiliado(a).

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Relación con el Miembro Cónyuge	Nombre del Miembro John Doe	ID del Miembro 000000000
------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

FIRMA DEL MIEMBRO

Por medio de la presente, acepto que la información anterior es verdadera y correcta. También he recibido, leído y aceptado las pautas de reembolso de combustible.

Firma del Miembro

Nombre del Miembro (en letra de imprenta)

John Doe

John Doe

ENVIAR FORMULARIOS COMPLETADOS A:

MediDrive, P.O. Box 2310, Glen Allen, VA 23508

Fax 703-951-0444

Correo electrónico: claims@medidrive.com

Por favor, permita 4–6 semanas para el procesamiento del pago. Para cualquier consulta sobre reclamaciones, llame al 1-833-633-4374.

Solo para uso de la oficina	
Fecha de recepción	
Total de millaje a pagar:	
Monto total de la factura:	
Número de factura:	