

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR

Nombre del Conductor		Dirección del Conductor (Calle)		
N.º de Licencia de Conducir	Estado de la Licencia de Conducir	Ciudad	Estado	Código Postal

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.

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					
2					
3					
4					
5					

*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

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.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Relación con el Miembro	Nombre del Miembro	ID del Miembro
-------------------------	--------------------	----------------

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)

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