

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR				
Nombre del conductor			Dirección del conductor	
N.º de licencia de conducir	Estado de la licencia de conducir	Ciudad	Estado	Código postal

REGISTRO DE VIAJES

El centro de tratamiento debe certificar que el miembro asistió a la(s) cita(s) según se indica. La información falsa puede dar lugar a reportes a las agencias reguladoras. Las solicitudes deben incluir viajes dentro de la misma semana calendario. El uso puede ser revisado, y la actividad fraudulenta resultará en la denegación del reembolso. El millaje está sujeto a validación y ajuste. La documentación de respaldo debe conservarse y proporcionarse cuando se solicite.

	FECHA DEL VIAJE	NÚMERO DE VIAJE	TIPO DE VIAJE		NÚMERO DE TELÉFONO DEL CENTRO	NOMBRE DEL MÉDICO/CLÍNICO + FIRMA** (Escriba el nombre en letra de molde y firme)
1			☐ Ida y vuelta	☐ Solo ida		
2			☐ Ida y vuelta	☐ Solo ida		
3			☐ Ida y vuelta	☐ Solo ida		
4			☐ Ida y vuelta	☐ Solo ida		
5			☐ Ida y vuelta	☐ Solo ida		
6			☐ Ida y vuelta	☐ Solo ida		
7			☐ Ida y vuelta	☐ Solo ida		

*Para miembros en California: Según la Carta del Plan 17-010 del Departamento de Servicios de Salud de California, los beneficiarios de Medi-Cal que conducen por sí mismos a su cita NO son elegibles para el reembolso de millaje.

**Certifico que este paciente fue atendido por un servicio de salud cubierto por Medicaid.

FIRMA DEL CONDUCTOR		INFORMACIÓN DEL MIEMBRO	FIRMA DEL MIEMBRO	
Certifico que proporcioné el transporte indicado según lo documentado y que cumplo con todos los requisitos legales para operar un vehículo. Declaro que los viajes se realizaron como se describen, no están duplicados y que no se ha solicitado ni se solicitará ningún otro reembolso. Entiendo que el pago está sujeto a validación y que la información falsa puede resultar en la denegación, recuperación u otras acciones.		Relación con el miembro	Certifico que la información proporcionada es verdadera, exacta y completa, y que los servicios de transporte indicados fueron recibidos como se describe. Declaro que no se ha solicitado ni recibido un reembolso duplicado. Entiendo que la información falsa o engañosa puede resultar en la denegación del reembolso y posible remisión para investigación.	
		Nombre del miembro		
Firma del conductor	Fecha	ID del miembro	Firma del miembro	Fecha

ENVÍE LOS FORMULARIOS COMPLETOS A:

MediDrive 1801 California St. Suite 2400 Denver CO 80202 / CORREO ELECTRÓNICO: claimscs@medidrive.com

Por favor, permita de 4 a 6 semanas para el procesamiento del pago. Para preguntas sobre reclamaciones, llame al **720-844-9610**