



Registro De Viajes Y Factura De Reembolso De Millaje

| INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR                |                                         |                                          |              |                        |
|------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|--------------|------------------------|
| Nombre del conductor<br>Jane Doe         |                                         | Dirección del conductor<br>0000 Main St. |              |                        |
| N.º de licencia de conducir<br>184726395 | Estado de la licencia de conducir<br>CO | Ciudad<br>Cualquier ciudad               | Estado<br>CO | Código postal<br>00000 |

REGISTRO DE VIAJES

El centro de tratamiento  
reguladoras. Las solicitud  
denegación del reembolso

Marque "Ida y vuelta" si el  
mismo conductor lo llevará a su  
destino y lo traerá de regreso.

Marque "Solo ida" si el conductor  
solo lo llevará a su destino y no lo  
traerá de regreso.

ar a reportes a las agencias  
d fraudulenta resultará en la  
racionarse cuando se solicite.

|   | FECHA DEL VIAJE | NÚMERO DE VIAJE  | TIPO DE VIAJE                                    |                                   | NÚMERO DE TELÉFONO DEL CENTRO | NOMBRE DEL MÉDICO/CLÍNICO + FIRMA**<br>(Escriba el nombre en letra de molde y firme)                 |
|---|-----------------|------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 05/11/2026      | 05-06-2026-154-A | <input checked="" type="checkbox"/> Ida y vuelta | <input type="checkbox"/> Solo ida | +1 (111) 111-1111             | Sarah Davis, MD  |
| 2 |                 |                  | <input type="checkbox"/> Ida y vuelta            | <input type="checkbox"/> Solo ida |                               |                                                                                                      |
| 3 |                 |                  | <input type="checkbox"/> Ida y vuelta            | <input type="checkbox"/> Solo ida |                               |                                                                                                      |
| 4 |                 |                  | <input type="checkbox"/> Ida y vuelta            | <input type="checkbox"/> Solo ida |                               |                                                                                                      |
| 5 |                 |                  | <input type="checkbox"/> Ida y vuelta            | <input type="checkbox"/> Solo ida |                               |                                                                                                      |
| 6 |                 |                  | <input type="checkbox"/> Ida y vuelta            | <input type="checkbox"/> Solo ida |                               |                                                                                                      |
| 7 |                 |                  | <input type="checkbox"/> Ida y vuelta            | <input type="checkbox"/> Solo ida |                               |                                                                                                      |

Este número es asignado por  
MediDrive. Llámenos al  
720-844-9610 o utilice la  
aplicación móvil para obtenerlo.

\*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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <p>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.</p> |                                    | <p>Relación con el miembro<br/><b>Cónyuge</b></p> | <p>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.</p> |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    | <p>Nombre del miembro<br/><b>John Doe</b></p>     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |
| <p>Firma del conductor<br/><b>Jane Doe</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>Fecha<br/><b>05/11/2026</b></p> | <p>ID del miembro<br/><b>1234567890</b></p>       | <p>Firma del miembro<br/></p>                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>Fecha<br/><b>05/11/2026</b></p> |

Puede encontrar este número en la tarjeta médica emitida por el estado.

### ENVÍE LOS FORMULARIOS COMPLETOS A:

MediDrive 1801 California St. Suite 2400 Denver CO 80202 / CORREO ELECTRÓNICO: [claimscs@medidrive.com](mailto: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**