



OREGON WVCH FORMA DE VIAJE PARA REEMBOLSO DE KILOMETRAJE



**Envíe a: LogistiCare Claims Department
2552 West Erie Drive, Suite 101
Tempe, AZ 85282-3100
Phone: (877)564-5665**

NOMBRE DEL CONDUCTOR: _____

RELACION AL MIEMBRO: _____

DIRECCION DEL CONDUCTOR: _____

TELEFONO DEL CONDUCTOR: _____

CUIDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL: _____

Nombre del Miembro (Si es diferente al conductor): _____ Numero de identidad del miembro: _____

Fecha de Viaje	# De Viaje	Nombre y Teléfono del Proveedor	Dirección de origen	Dirección de destino	*Firma del medico/clínico
		Nombre: Teléfono:			
		Nombre: Teléfono:			
		Nombre: Teléfono:			
		Nombre: Teléfono:			
		Nombre: Teléfono:			
		Nombre: Teléfono:			
		Nombre: Teléfono:			

*Cada fecha de servicio debe tener la firma del médico para que se le pague. AVISO: Cada viaje sera confirmado con la oficina de su proveedor antes de hacer un pago. Por favor llame a LogistiCare 2 días en adelante para programar su reservaciones y obtener su numero de viaje. No será reembolsado para solicitudes recibidas más de 45 días después del viaje. Reembolsos no son basados en “viaje de ida y vuelta”, debe anotar por separado cada ida.

No escriba en este espacio.
Total mileage to be paid: _____ Total amount for this invoice: _____ Batch #: _____ Batch date: _____

Por la presente certifico, que la información aquí contenida es verdadera, correcta y exacta.

FIRMA _____

(Firma del Miembro)