



PacificSource Community Solutions Formulario De Reembolso De Millaje

**Enviar a: LogistiCare Claims Department
2552 West Erie Drive, Suite 101
Tempe, AZ 85282-3100
Telefono: (877) 564-5665
Fax: (866) 420-6297**

Nombre del Conductor): _____ Relación con el Miembro: _____
 Dirección Postal del Conductor: _____ Teléfono del Conductor: _____
 Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Numero de Id del Miembro: _____
 Nombre del Miembro (Si es diferente del conductor): _____

Fecha De Viaje	Numero de viaje/confirmación	Proveedor Medico: Nombre y Teléfono	Firma del Doctor/Médico)	Total de Millaje
		Nombre: Teléfono:		
		Nombre: Teléfono:		
		Nombre: Teléfono:		
		Nombre: Teléfono:		
		Nombre: Teléfono:		
		Nombre: Teléfono:		

Cada día de servicio tiene que tener la firma del médico o del doctor para que su pago sea aprobado.

NOTA: Cada viaje será verificado con la oficina del doctor antes de efectuar los pagos.

(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 precisa. Signature (Firma del Miembro) _____