MOLINA HEALTHCARE | Molina Complete Care

veyo

Formulario de reembolso de kilometraje

Toda la documentación se debe completar y presentar para que se pueda realizar el pago. Se denegará cualquier formulario que se envíe con información faltante. Los viajes aprobados se pagarán normalmente dentro de 1 a 2 semanas (para depósito directo) o 2 a 4 semanas (para pagos físicos a través de cheque). Los cheques físicos se envían por correo el último día del mes.

Fecha de viaje: _____

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO		
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
Tarjeta de identificación del miembro	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono ( )
Dirección	Ciudad	Estado / Código postal

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR	
Nombre del conductor	
Apellido del conductor	
Número de licencia de conducir	Estado emisor
Número de teléfono ( )	

INFORMACIÓN DEL VIAJE		
Por favor, marque uno: ☐ Consultorio médico	☐ Farmacia	☐ Hospital/Laboratorio/Rayos X
Proveedor de servicio/Nombre del centro		
Dirección del centro de salud		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono ( )		

X _____ Firma del conductor _____ Fecha

X _____ Firma del representante del proveedor: _____ Fecha

Antes del viaje:

· Llame al centro de llamadas de Veyo para reservar un viaje de reembolso de kilometraje.
· Complete el formulario de registro único del conductor.

Después de su viaje:

· Envíe este formulario **después** del viaje.
· El formulario debe enviarse dentro de los 30 días posteriores al viaje para que sea elegible para el pago.

Por favor, envíe los formularios completados por correo o fax.

Veyo

ATTN: AJ Waldhouse 4600 W Camelback Rd. Glendale, AZ, 85301

Fax: 1-855-667-2557