

## Formulario de reembolso de transporte de rutina

### Ubicaciones aprobadas en el plan

Los viajes deben ser hacia o desde lugares aprobados en el plan, como proveedores de la red, centros médicos, farmacias o consultas relacionadas con la audición y la visión. Si un afiliado se traslada de forma privada a las citas del servicio de diálisis (sin utilizar nuestro beneficio de transporte), el plan podrá compensar al conductor privado mediante una tarifa de 0,60 \$ por milla.

#### DATOS DEL AFILIADO

<b>Nombre del afiliado:</b>			
<b>ID del afiliado:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Dirección del afiliado:</b>	<b>Calle y número:</b>		
	<b>Núm. de Apto.:</b>		
	<b>Ciudad:</b>		
	<b>Código postal:</b>		
<b>Número de teléfono del afiliado:</b>			

#### DATOS DEL CONDUCTOR

<b>Nombre:</b>	
<b>Número de teléfono:</b>	
<b>Relación con el afiliado:</b>	

#### (SELECCIONE "Cheque" O "ACH")

<b>Cheque:</b> <input type="checkbox"/>	<b>ACH:</b> <input type="checkbox"/> (Pago bancario automático)	<b>Afiliado:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Conductor:</b> <input type="checkbox"/>
<b>Núm. de ruta bancaria:</b>			
<b>Núm. de cuenta bancaria:</b>			

Fecha	Hora	Viaje de ida	Viaje de ida y vuelta	Dirección de partida (dirección completa)	Dirección de la instalación (dirección completa)	Motivo (por ejemplo, consulta médica, farmacia, etc.)	Importe pagado (se necesita justificante de pago)	Información del conductor: S = El propio afiliado C = Cuidador/Privado G = Gestionado por el condado O = Otro (especifique)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

[Blank signature line]

Firma del afiliado (representante)

[Blank date box]

Fecha