

# Solicitud de Reembolso de Millaje

## Instrucciones de Registro de Un Día de Viaje

Este Registro de Viaje es para usarlo para recibir reembolso de millaje de ida y vuelta a los servicios médicos por un día. Un Registro de Viaje tiene que ser completado para el reembolso para ser procesado. Es su responsabilidad de completar esta forma correctamente. Las formas incompletas no pueden ser procesadas y no serán aceptadas. Este Registro de Viaje es bueno hasta cinco viajes de servicio médico en un día y tiene que regresarse dentro de los 30 días de la fecha de su viaje.

**Complete todos los espacios en las secciones “Información del Miembro” e “Información del Conductor” de esta forma. Por favor escriba claramente. El pago se enviará al conductor.**

1. Entre la fecha de su viaje, la dirección donde fue recogido, el proveedor a donde va (nombre y dirección), en los espacios proporcionados.
2. Para más de una parada, así como un viaje a la farmacia después de su cita o a una segunda cita antes de regresar a la casa, entre las paradas en cada sección de viaje así como se indica a continuación:
  - a. 1<sup>ra</sup> parada – De la dirección, al nombre y la dirección de la primera cita médica
  - b. 2<sup>da</sup> parada – En la columna “de la dirección”, entre la dirección del proveedor a la segunda dirección del proveedor o farmacia
  - c. 3<sup>ra</sup> parada – Dirección del segundo proveedor médico o farmacia y de regreso a casa
3. Todas las paradas requieren una firma de un médico profesional. Cualquier miembro de personal médico profesional dentro de la oficina médica o de la farmacia puede firmar la forma. Esto incluye las enfermeras, las asistentes de médico, terapistas y técnicos de farmacia.
4. El Registro de Viaje completado tiene que ser firmado por usted (el miembro) o un padre/madre, cuidador legal o representante del miembro de quien la información está en el archivo con KFHC, antes de enviarlo a KFHC para procesarlo.
5. El conductor tiene que firmar la forma, atestiguando que es un conductor con licencia, con un vehículo registrado y asegurado, de acuerdo a la ley de California.
6. Saque una copia de la forma para sus archivos.
7. El Registro de Viaje completado debe ser enviado por correo o por fax hasta los 30 días de la fecha de su viaje a:

Kern Family Health Care  
Atención: Departamento de Servicio para Miembros  
9700 Stockdale Hwy.  
Bakersfield, CA 93311  
Número de Fax: (661) 617-2704

Un sobre franqueado le está disponible a petición. Por favor permita 30 días para procesarlo.

Si tiene preguntas acerca del Reembolso de Millaje, por favor contacte al Departamento de Transporte de KFHC al (661) 632-1590 o al 1-800-391-2000 y seleccione la opción #3.



# Solicitud de Reembolso de Millaje Registro de Un Día de Viaje

Fecha de Viaje \_\_\_\_\_

Información del Miembro		
Primer Nombre:	Apellido:	# de CIN de Medi-Cal o el # del ID del Miembro de KFHC:
Dirección:		Teléfono:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Información del Conductor		
Nombre del Conductor:		
Dirección (pago será enviado por correo a esta dirección):		Teléfono:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

## Registro de Viaje

Dirección de Partida	Hacia: Nombre y Dirección	Provider Signature
		I certify that this patient was seen for a Medi-Cal covered health service.  <b>X</b>
		I certify that this patient was seen for a Medi-Cal covered health service.  <b>X</b>
		I certify that this patient was seen for a Medi-Cal covered health service.  <b>X</b>
		I certify that this patient was seen for a Medi-Cal covered health service.  <b>X</b>
		I certify that this patient was seen for a Medi-Cal covered health service.  <b>X</b>

### Verificación

He completado esta forma y verifico que la información en este registro de viaje es verdadera.	<b>Firma del Miembro, Padre/Cuidador Legal, o Representante:</b> ▶	<b>Fecha:</b>
Atestiguo que mi licencia de conducir, el registro del vehículo y el seguro son válidos y están al día, de acuerdo a la ley de California.	<b>Firma del Conductor:</b> ▶	<b>Fecha:</b>

Kern Family Health Care no es un transportista de transporte y expresamente renuncia a cualquier responsabilidad derivada del acuerdo de conductor y jinete. Kern Family Health Care no es responsable de la calidad o seguridad del transporte proporcionado.