



**OREGON WVCH FORMA DE VIAJE PARA REEMBOLSO DE KILOMETRAJE**

Envié 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)