

Factura de millaje del proveedor

¿Se trata de una corrección de una factura de millaje ANTERIOR? SÍ NO

| INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE | | |
|------------------------------|----------------------------|---------------------|
| Nombre completo | ID | Programa/Plan |
| INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR | | |
| Nombre completo | Nº de licencia de conducir | Nº de placa |
| Año del vehículo | Modelo del vehículo | Código de servicio: |

| INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO | | | |
|--|--------------------------|---------------------|---|
| Fecha | Destino (desde/hasta) | Propósito del viaje | Millaje del odómetro |
| | | | Inicio _____ Fin _____ Millas _____ |
| | | | Inicio _____ Fin _____ Millas _____ |
| | | | Inicio _____ Fin _____ Millas _____ |
| | | | Inicio _____ Fin _____ Millas _____ |
| | | | Inicio _____ Fin _____ Millas _____ |
| | | | Inicio _____ Fin _____ Millas _____ |
| SUBTOTAL (Millas) | | | |
| TOTAL DE MILLAS x \$ _____(por milla) | | | \$ |

Certifico que esta factura es verdadera y correcta.

Firma del conductor

Fecha

Certifico que el viaje solicitado está aprobado en el Plan/Presupuesto de Servicios y Apoyo del afiliado/participante, y que se han verificado la licencia de conducir, el seguro y el registro del vehículo.

Firma del conductor

Fecha

Por favor, tome nota de que, de acuerdo con los requisitos de presentación puntual de Medicaid, las solicitudes de pago deben presentarse en un plazo de 90 días a partir de la prestación del servicio.

Envíe este formulario cumplimentado a Conduent

Fax: 866.302.6787
Email: docprocessing@conduent.com

**Correo electrónico:
P.O. Box 27460
Albuquerque, NM 87125-7460**