

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**