

## 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<br>(desde/hasta) | Propósito del viaje | Millaje del<br>odómetro                   |
|  |                          |                     | Inicio _____<br>Fin _____<br>Millas _____ |
|  |                          |                     | Inicio _____<br>Fin _____<br>Millas _____ |
|  |                          |                     | Inicio _____<br>Fin _____<br>Millas _____ |
|  |                          |                     | Inicio _____<br>Fin _____<br>Millas _____ |
|  |                          |                     | Inicio _____<br>Fin _____<br>Millas _____ |
|  |                          |                     | Inicio _____<br>Fin _____<br>Millas _____ |
| <b>SUBTOTAL (Millas)</b>                     |                          |                     |   |
| <b>TOTAL DE MILLAS x \$ _____(por milla)</b> |                          |                     | <b>\$</b>                                 |

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](mailto:docprocessing@conduent.com)**

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