

Formulario de solicitud de pago de reembolso de gasolina

Este formulario puede usarse para solicitar el reembolso por el traslado de un miembro de Louisiana Healthcare Connections a una cita médica. Use un formulario por viaje. Veyo debe recibir el formulario completo por correo postal, correo electrónico o fax en un plazo de 365 días posteriores al viaje. El formulario debe estar completo para recibir el pago.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO			
Nombre:		Apellido:	
Dirección de la vivienda:		Ciudad:	Estado: Código postal:
INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR			
Nombre:		Apellido:	
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:	Relación con el miembro:	
Dirección de la vivienda:		Ciudad:	Estado: Código postal:
INFORMACIÓN DEL TRASLADO			
Fecha de la cita: (MM/DD/AAAA)	Hora de la cita:	Tipo de viaje: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Solo de ida/vuelta	
Dirección de partida:		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra	
Nombre del proveedor/centro médico:		Número de teléfono:	
Dirección del proveedor/centro médico:			

A COMPLETAR POR EL PROVEEDOR/CENTRO MÉDICO	
Firma/sello de proveedor médico autorizado:	Nombre del proveedor médico en letra de imprenta:

Atestación	
<p>La información proporcionada anteriormente es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Comprendo que los conductores deben estar inscritos en el programa de reembolso de gasolina para recibir el pago. También comprendo que cada conductor solo puede incluir hasta cinco miembros en su formulario de inscripción. Los conductores solo recibirán el reembolso por transportar a los miembros que figuran en su formulario de</p>	
_____	_____
Firma del conductor	Firma del miembro

<p>Envíe los formularios completos por correo electrónico, correo postal o fax:</p> <p>Correo electrónico: mrb@veyo.com</p> <p>Fax: 1-855-667-2557</p> <p>Correo postal: MTM - Veyo, Attn: Gas Reimbursement, 16 Hawk Ridge Dr., Lake Saint Louis, MO 63367</p>
--