

## Solicitud de Reembolso de Millaje

### Instrucciones de Registro de Viaje

Este Registro de Viaje es bueno hasta para cuatro viajes y se debe entregar dentro de 30 días de la última fecha registrada de viaje. Se le puede proporcionar un reembolso de millaje cuando usted:

1. No tiene en su casa un vehículo que funcione,
2. No puede viajar o no puede esperar solo (a) para los servicios médicos o dentales,
3. Está siendo visto (a) o tratado (a) para un servicio cubierto por Medi-Cal,
4. No va a ir a una sala de emergencias,
5. Tiene un amigo (a) o familiar que tiene una licencia de conducir válida, registro de vehículo, seguro de vehículo, y está de acuerdo en llevarlo (a) a su cita y a esperar un reembolso, o
6. Tiene en casa un vehículo que funciona y:
  - a. Su cita es en una ubicación que está a 30 millas o más de ida desde su casa;
  - b. Otros servicios de transporte no están disponibles para usted;
  - c. Un amigo (a) o familiar está de acuerdo en llevarlo (a) y será reembolsado (a) por el millaje.

**Complete todos los espacios en las secciones de “Información del Miembro” e “Información del Conductor” de esta forma. Por favor escriba claramente. El pago se enviará al conductor; los miembros no recibirán un reembolso de millaje por conducir ellos mismos.**

1. **La primera vez que use el reembolso de millaje, usted debe comunicarse con el Departamento de Transporte para completar las instrucciones,**
2. Se requiere la firma válida del proveedor, la firma de un miembro del personal de la oficina, el sello de la oficina, o una verificación de su cita por escrito.
3. Se requieren las firmas de usted y su conductor.
4. Los conductores deben proporcionar su número de licencia de conducir.
5. Saque una copia de la forma completada para sus archivos.
6. El Registro de Viaje completado debe enviarse por correo o por fax hasta 30 días después de la fecha del último viaje registrado:

Kern Family Health Care  
Mileage Reimbursement  
1492 South Silicon Way Suite A  
St. George, Utah 84770-7156  
Número de Fax: (661) 617-2704

Todos los viajes están sujetos a verificación previa al pago.

Usted puede acceder a esta forma desde el sitio web de KFHC con su cuenta del Portal para Miembros. También puede solicitar que se le envíe esta forma con un sobre con franqueo pagado disponible. Por favor permita 45 días para procesarlo. Si tiene preguntas acerca del Reembolso de Millaje, por favor comuníquese con el Departamento de Transporte de KFHC al (661) 632-1590 o al 1-800-391-2000 y elija la opción #3, O para más información, visite su Portal para Miembros en [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).



**SE REQUIERE QUE TODOS LOS ESPACIOS EN ESTA SECCIÓN SEAN COMPLETADOS**

<b>Información del Miembro</b>		
Primer Nombre:	Apellido:	# del ID del Miembro de KFHC:
Dirección:		Teléfono:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
<b>Información del Conductor</b>		
Primer Nombre:	Número de Licencia de Conducir:	
Apellido:		
Dirección:		Teléfono:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

**Registro de Viaje**

**Cada sección es un viaje de ida, para hasta cuatro viajes. Por favor escriba claramente.**

Fecha del viaje	Nombre y dirección de donde se recoge (La casa o el nombre del proveedor o establecimiento)	Nombre y dirección en donde se deja	Office staff signature
	Nombre	Nombre	<b>X</b>
	Dirección	Dirección	The above named Member was seen for a Medi-Cal covered service.
	Nombre	Nombre	<b>X</b>
	Dirección	Dirección	The above named Member was seen for a Medi-Cal covered service.
	Nombre	Nombre	<b>X</b>
	Dirección	Dirección	The above named Member was seen for a Medi-Cal covered service.
	Nombre	Nombre	<b>X</b>
	Dirección	Dirección	The above named Member was seen for a Medi-Cal covered service.

**Firmas de verificación requeridas.**

He completado esta forma y verifico que la información en este registro de viaje es verdadera.	<b>Firma del Miembro, Padre/Cuidador Legal, o Representante:</b> ▶	<b>Fecha:</b>
Atestiguo que mi licencia de conducir, el registro del vehículo y el seguro son válidos y están al día, de acuerdo a la ley de California.	<b>Firma del Conductor:</b> ▶	<b>Fecha:</b>

Kern Family Health Care y sus proveedores médicos contratados no son un transportista y expresamente renuncian a cualquier responsabilidad derivada del acuerdo del conductor y pasajero. Kern Family Health Care no es responsable por la calidad o seguridad del transporte proporcionado.