

# FORMULARIO DE REEMBOLSO DE MILLAS/ALIMENTOS



Se requiere aprobación previa para reembolsos de viajes fuera del área. Se necesita la siguiente información para procesar su solicitud de reembolso de millas y alimentos:

---

Nombre del miembro \_\_\_\_\_ N.º de identificación \_\_\_\_\_  
Fecha de la cita \_\_\_\_\_ Fecha del viaje \_\_\_\_\_

---

Nombre del proveedor \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado y código postal \_\_\_\_\_  
Firma del proveedor \_\_\_\_\_  
**Médico/especialista**

---

Lectura inicial del odómetro\* \_\_\_\_\_  
Lectura final del odómetro\* \_\_\_\_\_

**\*Mercy Care verificará el millaje mediante un programa de computadora.**

---

## Persona que recibirá el reembolso

Nombre \_\_\_\_\_  
Relación con el miembro \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

---

## INFORMACIÓN IMPORTANTE:

- Si Mercy Care no aprobó su solicitud **antes** de su fecha de viaje, no recibirá un reembolso. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (602) 263-3000 o al 1-800-624-3879 antes de viajar fuera de su área de servicio para citas médicas.
- Si su solicitud es para un reembolso de comidas, debe adjuntar los recibos detallados.
- Tiene un límite de \$25 por día para comidas cuando está fuera del área de servicio:
  - Desayuno \$ 6.00
  - Almuerzo \$ 8.00
  - Cena \$ 11.00
- Se reembolsarán 0.22 centavos por milla. Use solo un formulario por viaje.