

Instrucciones:

- Presente un documento de facturación por mes calendario.
- Se requiere verificación de asistencia a la cita para todos los viajes. (Presentar con el Documento de Facturación)
- Las facturas deben presentarse en un plazo de 60 días

**SÓLO PARA USO DE OFICINA
ID FACTURA**

Client Name		# ID de Cliente	Número de Teléfono
Padre/Madre/Tutor legal (un solo nombre)		# de ID del Beneficiario (o # de SSN si es la primera vez que factura)	Dirección de correo electrónico
Dirección Postal (<input type="checkbox"/> comprobar si hay nueva dirección)		Ciudad	Estado Código Postal

Fecha	Hora de la Cita	Propósito del Viaje o Desplazamiento	Médico Proveedor	Dirección	Ciudad/Estado	Sólo para Uso de Oficina

Notas: (Sólo para Uso de los Trabajadores)

<p>**Cualquiera que presente una reclamación falsa puede ser procesado por fraude**</p> <p>Verifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera, completa y exacta. Entiendo que esta información puede ser utilizada para verificar mi solicitud de reembolso por millaje médico autorizado.</p> <p>_____ Firma del Padre/Madre/Tutor Legal</p> <p>_____ Fecha</p>	<p>USO EXCLUSIVO DHHS</p> <p>Verificación de MapQuest en el archivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Verificación de Citas en el Expediente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Matrícula y Permiso de Conducir en vigor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Millas Totales _____ Reembolso Aprobado Total \$ _____</p> <p>Aprobado por _____ Fecha _____</p>
---	--