



REGISTRO DE REEMBOLSO DE NUEVO MEXICO

Nombre del Conductor: _____
 Direccion del Conductor: _____
 Ciudad/Estado/C.P.: _____

Relacion con El Miembro: _____
 Telephoneo del Conductor: _____
 Nombre de indent. Del Miembro: _____
 Nombre del Miembro (si es diferente a del conductor): _____

Fecha el Viaje	Numero de Viaje	Nombre y telefono del Proveedor Medico	Firma del Proveedor	Total en Millas
		Nombre: Numero de Telefono:		
		Nombre: Numero de Telefono:		
		Nombre: Numero de Telefono:		
		Nombre: Numero de Telefono:		
		Nombre: Numero de Telefono:		

**NOTA: Cada viaje será confirmado con la oficina del proveedor antes de que se realicen los pagos. Cada fecha de servicio debe tener una firma del proveedor para ser aprobado. Este formulario debe completarse y enviarse a Secure Transportation dentro de los 90 días posteriores a la fecha de servicio para que se procese el pago.*

Por la presente certifico que la información contenida en este documento es verdadera, correcta y precisa.

Firma: _____

Fax a: (562) 236-4143

Enviar a: Secure Transportation
 Attn: Mileage Reimbursement
 12800 Center Court Drive S, Suite 120
 Cerritos, CA 90703

Enviar un correo electronico a:
MREncounters@securetransportation.com