



Certificación de Gastos de Millaje

Nombre del Empleado

Compañía

Numero de Membresía *(Elección de su empleador. A menudo su número de empleado o NSS)*

Nombre del Proveedor, Tipo de Servicio y la Ubicación del Servicio

Fechas del Tratamiento
(MM/DD/YYYY)

Persona que Recibe Servicio
(Nombre y Apellido)

de Millas del Viaje

Costo Total de Millaje*

\$.

\$.

\$.

\$.

\$.

Total *(transfiera este total a su forma de reclamo y someta esta hoja con su forma de reclamo)* \$.

*EL COSTO DE MILLAJE POR SERVICIOS PROVISTOS:

1/1/24 - 12/31/24:
(21 centavos) x (# millas)

1/1/23 - 12/31/23:
(22 centavos) x (# millas)

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN: enviar este formulario, usted certifica que gastó una cantidad equivalente a la cantidad establecida anteriormente en las fechas establecidas anteriormente para gastos de millaje incurridos mientras viaja hacia/desde un proveedor de servicios médicos elegibles.

LO QUE NECESITA SABER:

- Usted puede usar esta forma para detallar los gastos de millaje necesarios para obtener cuidado médico elegible.
- El total de esta página debe ser transferido a su forma de reclamo completada y firmada. Y esta certificación de Millaje debe ser sometida con su forma de reclamo.

ENVÍE ESTE DOCUMENTO CON SU FORMULARIO, COMPLETADO, DE RECLAMO POR CORREO:

Benefit Resource, LLC | PO BOX 642 | Willow Grove, PA 19090