



2025 SOLICITUD DE REEMBOLSO POR MILLAJE Y MEDICAMENTOS

NOMBRE:

DIRRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO:

FECHA	DIRECCIÓN Y NOMBRE DEL DOCTOR O FARMACIA	MILLAS DE IDA Y VUELTA	TASA POR KILOMETRAJE	CANTIDAD POR MILLAJE	GASTOS DIVERSOS (por ejemplo medicamentos, peajes, aparcamiento)	COSTO POR GASTOS DIVERSOS	CANTIDAD TOTAL
01/08/2025	EXAMPLE: CVS – 123 GGF Street, CA 12345	16.4	\$0.70	\$11.48	Parking- \$5, Rx#1234-\$8.70	\$13.70	\$25.18
			\$0.70				
			\$0.70				
			\$0.70				
			\$0.70				
			\$0.70				
			\$0.70				
			\$0.70				

REEMBOLSO TOTAL SOLICITADO