



modivcare

Propósito: Brindar a los afiliados de Healthy Blue instrucciones sobre cómo programar el transporte antes de sus citas médicas y presentar una solicitud para el reembolso de millas. El pago se realizará a la persona nombrada al hacer la reservación del transporte.

Audiencia: Los afiliados de Healthy Blue

Grado: 6.3 (sin nombres propios, números ni texto traducido)

Estimado(a) afiliado(a) de Healthy Blue:

En Modivcare disponemos lo necesario para el transporte a servicios médicos que no es de emergencia ni médico para los afiliados de Healthy BlueSM. Con esta carta le adjuntamos un formulario para el reembolso. Necesitará este formulario cuando llame a la Línea de Reservación para programar su transporte. Siga los pasos que aparecen bajo “Funciona de la forma siguiente” para llenar este formulario. Siéntase en libertad de hacer fotocopias del formulario en blanco para sus transportes en el futuro. También puede llamar a la Línea de Reservación de Modivcare al 855-3973602 (TTY 866-288-3133) para solicitar copias del formulario en blanco.

Para recibir su pago, es indispensable que su formulario esté lleno completamente.

- La tarifa es \$0.29 por milla.
- La distancia será la cantidad de millas desde su hogar hasta su cita médica.
- Las millas se le indicarán durante su llamada telefónica de reservación.

Funciona de la forma siguiente:

1. Antes del día de su cita, llame a la Línea de Reservación para programar su viaje. Cuando llame para programar su viaje, se le proporcionará un número de viaje.* **¡Anote el número de viaje en el formulario tan pronto como lo obtenga de Modivcare!** Es indispensable que el número de viaje y la fecha del mismo estén en el formulario.
2. Llene todo el formulario, a excepción del espacio correspondiente a Physician/Clinician (Médico/Clinico). **En un solo formulario puede incluir hasta ocho viajes de ida o vuelta.**
3. Lleve el formulario a su cita médica y solicite a su médico o consejero que lo firme. **Su médico o consejero debe firmar el formulario como prueba de que usted estuvo en su cita.**
4. Asegúrese de que en el formulario aparezca un solo conductor.
 - **Complete y envíe un formulario diferente para cada persona que le conduce a sus citas médicas.** El pago se realizará a la persona que nombró al hacer la reservación del transporte.
 - Informe al especialista de reservaciones si usa a más de un conductor.
5. Envíe su formulario completado a:

**Modivcare Claims Department
North Carolina Mileage Reimbursement
2552 W. Erie Drive, Suite 101
Tempe, AZ 85282**

6. Si tiene preguntas, problemas o inquietudes, llame a Modivcare al 877-564-5665 (TTY 866-288-3133). Si una persona en vivo no puede contestarle su llamada, por favor deje un mensaje de voz detallado que incluya el mejor número al que podemos comunicarnos con usted. Corresponemos los mensajes de voz en un plazo de un día hábil.
7. Espere recibir un cheque con base en la tabla de abajo. La oficina de reclamaciones se apega a esta tabla.
 - La oficina de reclamaciones no puede emitir números de viaje.
 - Todos los registros de viajes deben recibirse a más tardar en las fechas indicadas en la columna izquierda.
 - Antes de llamar acerca de una reclamación, espere a que pasen 10 días hábiles para recibir su pago.
 - El pago sólo puede detenerse después de que hayan pasado 10 días hábiles a partir de la fecha de su envío.

Fecha en que la factura debe estar en el centro de reclamaciones*	Fecha de envío del pago*
Jueves, 14 de enero de 2021	Viernes, 29 de enero de 2021
Jueves, 28 de enero de 2021	Viernes, 12 de febrero de 2021
Jueves, 11 de febrero de 2021	Viernes, 26 de febrero de 2021
Jueves, 25 de febrero de 2021	Viernes, 12 de marzo de 2021
Jueves, 11 de marzo de 2021	Viernes, 26 de marzo de 2021
Jueves, 25 de marzo de 2021	Viernes, 9 de abril de 2021
Jueves, 8 de abril de 2021	Viernes, 23 de abril de 2021
Jueves, 22 de abril de 2021	Viernes, 7 de mayo de 2021
Jueves, 6 de mayo de 2021	Viernes, 21 de mayo de 2021
Jueves, 20 de mayo de 2021	Viernes, 4 de junio de 2021
Jueves, 3 de junio de 2021	Viernes, 18 de junio de 2021
Jueves, 17 de junio de 2021	Viernes, 2 de julio de 2021
Jueves, 1 de julio de 2021	Viernes, 16 de julio de 2021
Jueves, 15 de julio de 2021	Viernes, 30 de julio de 2021
Jueves, 29 de julio de 2021	Viernes, 13 de agosto de 2021
Jueves, 12 de agosto de 2021	Viernes, 27 de agosto de 2021
Jueves, 26 de agosto de 2021	Viernes, 10 de septiembre de 2021
Jueves, 9 de septiembre de 2021	Viernes, 24 de septiembre de 2021
Jueves, 23 de septiembre de 2021	Viernes, 8 de octubre de 2021
Jueves, 7 de octubre de 2021	Viernes, 22 de octubre de 2021
Jueves, 21 de octubre de 2021	Viernes, 5 de noviembre de 2021
Jueves, 4 de noviembre de 2021	Viernes, 19 de noviembre de 2021
Jueves, 18 de noviembre de 2021	Viernes, 3 de diciembre de 2021
Jueves, 2 de diciembre de 2021	Viernes, 17 de diciembre de 2021
Jueves, 16 de diciembre de 2021	Viernes, 30 de diciembre de 2021

***Por favor recuerde obtener TODOS los números de viaje del departamento de Reservaciones de su estado.**

Blue Cross and Blue Shield of North Carolina cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina con base en la raza, el color, la nacionalidad, edad, discapacidad, las creencias, la afiliación religiosa, ascendencia, el sexo, la identidad o expresión de género u orientación sexual.

Puede obtener gratuitamente este material y otra información sobre el plan en letra grande. Para obtener materiales en letra grande, llame a Servicios a los Afiliados al 844-594-5070.

Healthy Blue
1023624NCMENHBL 02/21

2021 06 02

Si el inglés no es su primer idioma, podemos ayudar. Llame al 844-5945070 (TTY 711).

Blue Cross and Blue Shield of North Carolina cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina a las personas por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, creencias, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, identidad o expresión de género u orientación sexual.

Puede obtener este material y otra información del plan en letra grande, sin costo. Para obtener el material en letra grande, llame a Servicios para Afiliados al 844-594-5070.

Si el inglés no es su idioma principal, podemos ayudarlo. Llame al 844-594-5070 (TTY 711).

Blue Cross and Blue Shield of North Carolina i l q-MEM 聯邦 a4VM, ;offiA,at,EF,Ipi t,OMAN,ige, :+zeiglili,B
統,tiAI,tiAISERA*11, ati 取向&fri t*.

fgTilmtti af4tr4FpNII 115M*#gfaXititi l MR. Naf4tr4FpNII lan*g , iii t i cemipepoug 844-594-5070.

tiriArai ;kifgAtZ-aig, air9Till alZAtam.iii tm 844-594-5070 (TTY 711) .

Healthy Blue es un plan de Medicaid que ofrece Blue Cross and Blue Shield of North Carolina. Blue Cross and Blue Shield of North Carolina es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. ® Las marcas de la Blue Cross and Blue Shield Association. Todas las demás marcas son propiedad de sus dueños respectivos.

Modivcare es una compañía independiente que proporciona servicios de transporte a los afiliados de Healthy Blue en representación de Blue Cross and Blue Shield of North Carolina.



modivcare

REGISTRO DE VIAJES PARA EL REEMBOLSO DE MILLAS DE NORTH CAROLINA

Debe enviarse a: Modivcare Claims Department
2552 W. Erie Drive, Suite 101
Tempe, AZ 85282

NOMBRE DEL CONDUCTOR: _____ RELACIÓN CON EL(LA) AFILIADO(A): _____
DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL DEL CONDUCTOR: _____ NÚMERO TELEFÓNICO DEL(LA) CONDUCTOR(A): _____
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: _____
NOMBRE DEL O LA AFILIADA: _____ NÚM. DE IDENTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN: _____

Fecha del viaje	Núm. de confirmación del viaje	Nombre y número telefónico del proveedor médico	Firma del médico/personal clínico*	Millas totales
		Nombre: Número telefónico:		
		Nombre: Número telefónico:		
		Nombre: Número telefónico:		
		Nombre: Número telefónico:		
		Nombre: Número telefónico:		
		Nombre: Número telefónico:		
		Nombre: Número telefónico:		
		Nombre: Número telefónico:		

*Para que se apruebe el reembolso, cada fecha de servicio debe tener la firma de un médico o clínico.

NOTA: Antes de realizar el pago, cada viaje se confirmará con el consultorio médico.

Por la presente certifico que la información contenida en la presente es verdadera, correcta y certera. Firma _____
[Firma del (la) afiliado(a)]

No escribir en este recuadro.			
Millas totales a pagarse: _____	Monto total de esta factura: _____	Núm. de lote: _____	Fecha de lote: _____
1023624NCMENHBL 02/21 Healthy Blue		Version 2.0_2021	2021 06 02