

Estimado beneficiario de Illinois,

Hemos adjuntado un formulario de reembolso en blanco con esta carta. Siéntase libre de hacer copias del formulario en blanco para cualquier viaje futuro. También puede ponerse en contacto con la línea de reservas de Modivcare para solicitar copias en blanco del formulario.

**Tenga en cuenta que nuestro médico / consejero debe firmar el formulario** como prueba de que es una **cita**. Si su formulario está incompleto, no recibirá el pago de su viaje. La distancia se calculará como el número de millas desde su casa hasta su cita médica, la distancia más corta.

Así es como funciona:

1. Cuando llame para programar su viaje, recibirá un número de viaje. Este número de viaje se requiere en el formulario de reembolso. **¡Anote el número de viaje y la fecha de su viaje en el formulario de reembolso tan pronto como lo obtenga del especialista en reservas de Modivcare!** Olvidarse de agregar esto es un error común y hará que su reembolso sea denegado. ¡Asegúrese de agregarlo a su formulario antes de olvidarlo!
2. Debe completar el formulario completo **excepto** el espacio para "Firma de médico / clínico".
3. Lleve el formulario con usted a su cita médica y pídale a su médico o consejero que lo firme. Su médico o consejero debe firmar en el espacio "Firma del médico/médico" en el formulario.
4. Puedes poner hasta siete viajes en un solo formulario.
5. **Tenga en cuenta que solo puede haber un conductor en un formulario.** Debe completar y enviar un formulario por separado para cada una de las personas que lo llevaron a sus citas médicas.

Una vez que su formulario esté completo, envíelo por correo a:

**Modivcare Claims Department  
798 Park Avenue NW, 4<sup>th</sup> Floor  
Norton, VA 24273**

7. El pago se enviará por correo dentro de los 30 días posteriores a que el Departamento de Reclamos de Modivcare su formulario de reembolso completo.
8. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Reclamos de Modivcare 1-800-930-9060.