

## Registro de servicio del ITP

<b>Nombre del cliente:</b>	<b>Teléfono del cliente:</b>	<b>Núm. de Medicaid del cliente:</b>	
	(    )		
<b>Nombre del ITP:</b>	<b>Teléfono del ITP:</b>	<b>Número ITP MTI :</b>	
	(    )		
<b>Viaje #1</b>			
<b>De:</b>	<b>A:</b>	<b>Millas:</b>	<b>Cantidad:</b>
<b>De:</b>	<b>A:</b>	<b>Millas:</b>	<b>Cantidad:</b>
<b>Número de autorización:</b>	<b>Fecha/hora de la cita:</b>	<b>Total de millas:</b>	<b>Cantidad total:</b>
<b>NPI del proveedor de atención médica:</b>	<b>Teléfono del proveedor de atención médica:</b>	<b>Nombre del proveedor de atención médica:</b>	
	(    )		
<b>Certifico que se atendió a este paciente para brindarle un servicio de atención médica cubierto por Medicaid/CSHCN.</b>	<b>Firma y título del proveedor de atención médica:</b>	<b>Fecha en que se firmó:</b>	
<b>Viaje #2</b>			
<b>De:</b>	<b>A:</b>	<b>Millas:</b>	<b>Cantidad:</b>
<b>De:</b>	<b>A:</b>	<b>Millas:</b>	<b>Cantidad:</b>
<b>Número de autorización:</b>	<b>Fecha/hora de la cita:</b>	<b>Total de millas:</b>	<b>Cantidad total:</b>
<b>NPI del proveedor de atención médica:</b>	<b>Teléfono del proveedor de atención médica:</b>	<b>Nombre del proveedor de atención médica:</b>	
	(    )		
<b>Certifico que se atendió a este paciente para brindarle un servicio de atención médica cubierto por Medicaid/CSHCN.</b>	<b>Firma y título del proveedor de atención médica:</b>	<b>Fecha en que se firmó:</b>	

**Conductores ITP: Tengan en cuenta que el millaje permitido para el cual se puede solicitar reembolso está preimpreso en el formulario.**

**DECLARACIÓN JURADA:** Esto es para certificar que la información anterior es verdadera, exacta y completa. Entiendo que este pago solicitado se hará con fondos estatales y federales, y que falsificar u ocultar un dato pertinente puede ser motivo de acción judicial bajo las leyes estatales y federales. Por la presente certifico que esta solicitud de pago no contiene declaración dolosa ni falsificación alguna y que la información que he dado es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. **Certifico que he cumplido con todas las condiciones del Acuerdo del Participante en el Transporte Individual durante la prestación del servicio de transporte para el cual estoy solicitando reembolso.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante en el Transporte Individual (ITP)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Envíe todos los formularios a Modivcare**  
 ATTN: Claims 798 Park Ave NW 4<sup>th</sup> Ave Norton, VA 24273  
**Enviado por correo electrónico a:**  
 Virginia.billingoperations@modivcare.com  
**Enviado por fax a:** 866-528-0462  
**Nota:** Conserve una copia para sus registros