

**Registro de servicio de participante en el transporte individual
(Formulario de reclamación)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del cliente:** | **Teléfono del cliente:** | **Medicaid del cliente:** |
|   | ( ) |   |
| **Nombre del participante en el transporte individual:** | **Teléfono del participante en el transporte individual:** | **Número MTI del participante en el transporte individual:** |
|   | ( ) |   |
| **Viaje #1** |
| **De:** | **A:** | **Millas:** | **Cantidad:** |
|   |   |   |   |
| **De:** | **A:** | **Millas:** | **Cantidad:** |
|   |   |   |   |
| **Número de autorización:** | **Fecha/hora de la cita:** | **Millas totales:** | **Cantidad total:** |
|   |   |   |   |
| **NPI del proveedor de atención de la salud:** | **Teléfono del proveedor de atención de la salud:** | **Nombre del proveedor de atención de la salud:** |
|   | ( ) |   |
| **Certifico que a este paciente se le atendió para brindarle un servicio de atención de la salud cubierto por Medicaid/CSHCN.** | **Firma y título del proveedor de atención de la salud:** | **Fecha de firma:** |
|   |   |
| **Viaje #2** |
| **De:** | **A:** | **Millas:** | **Cantidad:** |
|   |   |   |   |
| **De:** | **A:** | **Millas:** | **Cantidad:** |
|   |   |   |   |
| **Número de autorización:** | **Fecha/hora de la cita:** | **Millas totales:** | **Cantidad total:** |
|   |   |   |   |
| **NPI del proveedor de atención de la salud:** | **Teléfono del proveedor de atención de la salud:** | **Nombre del proveedor de atención de la salud:** |
|   | ( ) |   |
| **Certifico que a este paciente se le atendió para brindarle un servicio de atención de la salud cubierto por Medicaid/CSHCN.** | **Firma y título del proveedor de atención de la salud:** | **Fecha de firma:** |
|   |   |

**Conductores participantes en el transporte individual:** *Se les hace notar que la cantidad permitida correspondiente a las millas que puede reclamarse para su reembolso está preimpresa en el formulario.*

**AFIDÁVIT:** El presente es para certificar que la información anterior es verdadera, precisa y completa. Entiendo que el pago de esta reclamación proviene de fondos federales y estatales y que, toda falsificación o encubrimiento de un dato material, puede enjuiciarse en virtud de las leyes federales y estatales. Por la presente certifico que esta reclamación no contiene descripciones engañosas ni falsificaciones deliberadas y que la información que proporcioné es cierta y correcta a mi mejor saber y entender. **Atestiguo que, al proporcionar los servicios de transporte por los que solicito el reembolso, he cumplido con todas las disposiciones establecidas en el Acuerdo de Participantes en el Transporte Individual.**

Firma del participante en el transporte individual (Individual Transportation Participant; ITP) Fecha

**Todos los formularios pueden:**

**Enviarse por correo postal a Modivcare**

ATTN: Claims 798 Park Ave NW 4th Floor Norton, VA 24273

**Enviarse por correo electrónico a**: Virginia.billingoperations@modivcare.com

**Enviarse por fax al**: 866-528-0462

**Nota:** *Por favor conserve una copia para sus archivos.*