



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:	
	()		
Viaie #1			
De:	A:	Millas:	Cantidad:
De:	A:	Millas:	Cantidad:
Número de autorización:	Fecha:	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:	
Viaie #2			
De:	A:	Millas:	Cantidad:
De:	A:	Millas:	Cantidad:
Número de autorización:	Fecha:	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: support.claims@modivcare.com

Enviarse por fax al: 866-528-0462

Nota: Por favor conserve una copia para sus archivos.