



Instrucciones para el registro y factura de viajes para el reembolso de millas

Estimado(a) beneficiario(a),

Con esta carta le adjuntamos un formulario de reembolso en blanco, junto con las instrucciones y una muestra de registro para que se guíe. Siéntase en libertad de hacer fotocopias del formulario en blanco para los viajes que pueda hacer en el futuro. También puede comunicarse con la Línea de Reservas de ModivCare, así como visitar ModivCare.com, para obtener copias adicionales del formulario en blanco.

Abajo se indica cómo obtener su reembolso por millas:

1. Cuando llame para programar su viaje, recibirá un número de viaje. Se requiere que este número de viaje esté en el formulario de reembolso. **Anote el número de viaje y la fecha del mismo en el formulario de reembolso tan pronto como el especialista en reservaciones de ModivCare le dé esta información.** Olvidar incluir este número es un error común y esto hará que se le niegue el reembolso. ¡Asegúrese de anotar este número en su formulario antes de que se le olvide!

Si usted es un(a) beneficiario(a) de Medi-Cal que tiene seguro mediante una organización de atención administrada, se le informa que según la Carta a Todos los Planes 17-010 del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California, los beneficiarios de Medi-Cal que conducen por sí mismos a su cita NO son elegibles para el reembolso de millas.

2. Debe llenar todo el formulario, a excepción del espacio correspondiente a "Firma del médico/personal clínico".
3. Lleve el formulario a su cita médica y solicite a su médico o consejero que lo firme. Su médico o consejero debe firmar en el espacio "Firma del médico/personal clínico" del formulario. **Se le hace notar que su médico/consejero debe firmar el formulario como prueba de que usted sí estuvo en su cita.**
4. Puede incluir varios viajes en un solo formulario.
5. Se le hace notar que únicamente puede haber un conductor en un formulario. Debe completar y enviar un formulario separado para cada una de las personas que le conducen a sus citas médicas.
6. Una vez que su formulario esté completo, por favor envíelo por correo postal, correo electrónico o fax.

Por correo postal: 798 Park Avenue NW, Norton, VA 24273

Por correo electrónico: support.claims@modivcare.com

Fax: 866-528-0462

7. La solicitud de reembolso se requiere a más tardar el día de la cita médica y el vale debe recibirse en los 30 días siguientes o el reembolso podría negársele. Si incluye más de una cita en el formulario, debe enviarlo completado en los 30 días siguientes a partir de la cita con la fecha más temprana que haya incluido.
8. El pago se le enviará por correo postal en un plazo de treinta (30) días hábiles a partir de la fecha en que el Departamento de Reclamaciones de ModivCare reciba su formulario de reembolso debidamente completado.

Si tiene preguntas, por favor llame al Departamento de Reclamaciones de ModivCare al 1-800-930-9060.

Gracias,

Modivcare

Guía para completar el registro de viajes para el reembolso de millas

A continuación le proporcionamos una guía para completar el registro de viajes para el reembolso de millas. Por favor, siga lo que se indica en esta guía. **El no hacerlo puede dar lugar a que se le niegue el pago.**

1. Por favor, escriba con letra de molde claramente toda la información requerida, dejando suficiente espacio entre las palabras para que sea legible.
2. Evite usar caracteres especiales, símbolos o caracteres no latinos (por ejemplo, #, @, \$, ~).
3. No escriba en la parte superior o encima de los títulos de las secciones del formulario.
4. Si comete un error, sustituya el formulario por uno nuevo. No tache ni resalte nada en el formulario ni haga anotaciones en él.
5. Al enviar el formulario, asegúrese de proporcionar una imagen de alta calidad con distorsiones o distracciones limitadas. La imagen debe enfocarse principalmente en el formulario.
6. Llene todo el formulario y proporcione toda la información requerida.
7. Evite usar abreviaturas o siglas.
8. Asegúrese de que el texto del formulario esté orientado correctamente y no esté al revés o de lado.
9. Use tinta negra o azul oscuro al llenar el formulario.
10. No use letra o tamaños de letra distintas dentro del formulario.

La identificación puede encontrarse en la tarjeta de Medicaid.

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

Nombre del cliente:		Teléfono del cliente:		Medicaid del cliente:	
John Doe		(123) 456-789		000111222	
Nombre del participante en el transporte individual (debe coincidir con la licencia de conducir)		Teléfono del participante en el transporte individual:		Número MTI del participante en el transporte individual:	
James Jones Smith		(987) 654-321		333444555	
Viaje #1				Número de licencia de conducir.	
De:		A:		Millas:	Cantidad:
1234 Main St.		8910 Broadway		10	20
De:		A:		Millas:	Cantidad:
8910 Broadway		1234 Main St.		10	20
Número de autorización:		Fecha de la cita:		Millas totales:	Cantidad total:
12345		02/28/2023		20	40
NPI del proveedor de atención de la salud:		Teléfono del proveedor de atención de la salud:		Nombre del proveedor de atención de la salud:	
9876543211		(555) 123-456		General Hospital	
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:	
Este número se obtiene del proveedor de atención de la salud.		Dr. Jane Johnson		03/01/2023	
Viaje #2					
De:		A:		Millas:	Cantidad:
De:		A:		Millas:	Cantidad:
Número de autorización:		Fecha 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.**

James Jones Smith	03.01.2023
-------------------	------------

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

El formulario de reclamación debe enviarse por correo postal a Modivcare a
 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.

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:	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:	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.*