505 E. Huntland Drive
Suite 270
Austin, TX 78752
Modivcare.com

Estimado Participante de Transporte Independiente,

En nombre de Modivcare, le doy la bienvenida como un potencial participante de transporte independiente (ITP) y confío en que encontrara la prestación de servicios de transporte gratificante.

Incluidos están los siguientes elementos de inscripción necesarios para completar el proceso de solicitud:

- Paquete de inscripción ITP
  - Incluye una copia en blanco del Servicio de Registro ITP (formulario de reclamación)
- Divulgación y formulario de autorización **(Sólo Socios No Familiares)**
- Reconocimiento y Autorización de Verificación de Antecedentes **(Sólo Socios No Familiares)**

Por favor, lea **TODA** la información adjunta detenidamente y devuelva las copias originales firmadas a la dirección que se indica en el paquete de inscripción. Cualquier aplicación con un estado de la relaciónde " No- Miembro de la familia ", Modivcare se verá en la necesidad de llevar a cabo una verificación de antecedentes y los vehículos de motor de verificación de antecedentes penales en nombre del participante.

Atentamente,

Heather Williams
Director sénior, Transporte
Modivcare

Lista de documentos para la inscripción delParticipante en el Transporte Individual (ITP)

Use esta lista para asegurarse de que ha completado y enviado todo lo necesario para inscribirse como un ITP. No se autorizará ningún viaje hasta que todos los documentos esténaprobados.

Si necesita ayuda para llenar estos formularios, llame al Centro de Contacto de al **866-529-2117** or **866-528-0441**.

- ☐ Página de información de ITP original completada
  (Por favor, llene todo y marque N/A si una pregunta no se aplica a su caso).
- ☐ E Página de cliente/ITP original completada
- ☐ E Página de firma de los Términos y condiciones de participación originales completados
- ☐ Una copia de su licencia de manejar vigente y válida
- ☐ Una copia de la tarjeta de seguro de automóvil vigente y válida
- ☐ Una copia de su tarjeta de Seguro Social
- ☐ Una copia de registro vehícular y de inspección

Importante: El nombre en su licencia de manejar y tarieta de Segura Social tiene que ser el mismo.

Todos los paquetes de ITP deben enviarse por correo con las firmas originales; Todos los demásdocumentos se pueden enviar por y/o por correo electrónico a TX.Credentialing@Modivcare.com

ATTN: Modivcare

505 E. Huntland Drive Suite 270

Austin, TX 78752

Nota: Por favor, guarde una copia para sus archivos.

modivcare

Hoja de información del ITP

El propósito del formulario es obtener datos para inscribir a un ITP. Tiene que llenar este formulario completamente y firmarlo. Por favor, use tinta negra o azul. Firma original solamente; no se aceptará una firma estampada ni copiada.

Tipo de ITP: Yo mismo/otro:	**Número de teléfono: (si necesitamos comunicarnoscon usted)**
☐ Yo mismo ☐ Otro	( )

Tiene que ser igual al de la licencia de manejar. **Apellido:**	**Nombre**	**Inicial del Segundo nombre:**

Número de Seguro Social: (Por favor, adjunteuna copia de la tarjeta).	**Fecha de nacimiento:**

Número de licencia de manejar: (Por favor, adjunte una copia de la licencia de manejar).	**Fecha de emisión de la licencia: MM/DD/AAAA**	**Fecha de vencimiento de la licencia: MM/DD/AAAA**

Dirección física: Donde vive usted. (Tiene que dar una dirección física. No se aceptan apartadospostales). Número, calle, ciudad, estado y código postal.

Dirección postal: **Número, calle, ciudad, estado y código postal.**

Importante: *El nombre en su licencia de manejar y tarjeta de Seguro Social tiene que ser el mismo.*

Información del vehículo y del seguro

Número de identificación del vehículo (VIN): Por favor, dé el VIN del vehículo que se usa para el transporte.	**Número de placa:**

Póliza de seguro de automóvil: Por favor, adjunte una copia de la tarjeta de seguro dela aseguradora. El vehículo que se usa para transportaral cliente tiene que figurar en la póliza de seguro.	**Fecha de emisión de la póliza:** ***MM/DD/AAAA***	**Fecha de vencimientode la póliza:** ***MM/DD/AAAA***

modivcare

Hoja de información del cliente/ITP

Si usted se transporta a sí mismo o transporta a los miembros de su familia, llene la **Sección 1; deje la Sección 2 en blanco**.

Si usted transporta a una persona que no sea usted o un miembro de su familia, llene la **Sección 1 y la Sección 2**.

*Enumere todos los clientes para los que el conductor solicitor un reembolso

Sección 1

Nombre del cliente: *(la persona a quien va a transportar)*	**Núm. de identificación de Medicaid:**	**FDN del cliente:** ***MM/DD/AAAA***	**Relación con el ITP:**
			☐ Es un familiar ☐ No es un familiar ☐ Yo mismo

Sección 2 (*Datos personales sobre el ITP*)

¿Está actualmente acusado o se le ha condenado de un delito (excluyendo multas de tránsito de delito menor de clase C)?

☐Yes ☐No

"Condenado" significa que:

(a) Un tribunal federal, estatal o local ha dictado sentencia condenatoria contra una persona, sin importar que:
  (1) Esté pendiente una moción posterior al juicio o una apelación; o
  (2) Se haya borrado o eliminado la sentencia condenatoria u otros antecedents relacionados con la conducta delictiva;

(b) Un tribunal federal, estatal o local ha declarado culpable a una persona;

(c) Un tribunal federal, estatal o local ha aceptado una declaración de culpabilidad o no lo contendere (no me opongo) de una persona, o

(d) Una persona ha aceptado participar en un programa para delincuentes sin antecedentes, de aplazamiento de la sentencia u otro programa o acuerdo en

*Si contesta **"Sí",** dé los detallas completes, entre ellos: la fecha, el estado y el condado donde ocurrió la condena el número de causa y de qué lo condenaron específicamente. (adjunte hojas adicionales si es necesario).*

Términos y condiciones de participación

1. ***Antes de que un ITP conduzca a un cliente, el cliente debe obtener la aprobación para el viaje de Modivcare. El cliente debe llamar al 1-866-529-5117 or 1-866-528-0441 para obtener esta aprobación antes del viaje; de contratio, no se la pagará all ITP.***
2. ***El cliente debe hacer que el medico firm el Registro de servicios de ITP (Formulario de reclano) y el ITP debe firmar el Registro de servicios de ITP (Formulario de reclamo).***
3. ***El monto del reembolso (pago) de millaje se basa en un cálculo de millaje calculado por Modivcare utilizando un sustema reconocido a nivel nacional de la distancia más corta de viaje y no en la cantidad de clients que reciben un viaje. El ITP se pagará en funtión del millaje determinado a la tarifa de milla del vehículo establecida por la Legislatura de Texas para los empleados estales que esté en vigor en el momento del viaje.***
4. ***Todos los pagos a un ITP se informarán al Servicio de Impuestos Internos (IRS).***
5. ***El ITP debe mantener una licencia de conducer, un Segura del vehículo, una inspección del vehículo y un registro del vehículo vigentes y válidos durnate cada viaje.***
6. ***El formulario de reclamación debe enciarse dentro de los 95 días posteriors a la fech del viaje.***

Certificación:

Certifico que he leído los términos y condiciones para ser un Participante en el Transporte Individual (ITP) y que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que tengo que cumplir con los términos y condiciones de participación y mantener la documentación para respaldar cualquier solicitud de reembolso del millaje y que la HHSC o Modivcare se reserva el derecho de pedir y verificar la documentación que respalda la solicitud.

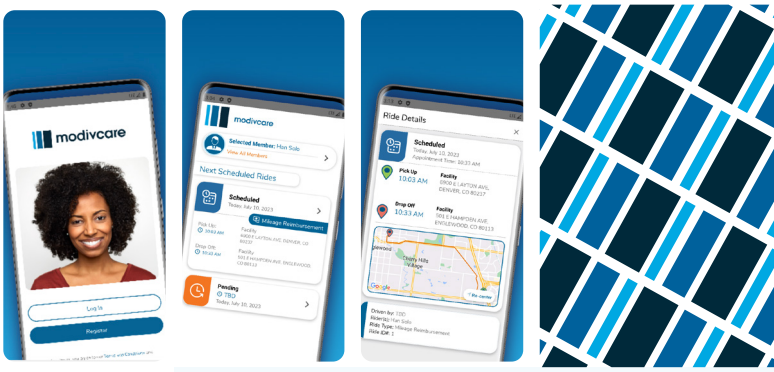
Firma del Participante en el Transporte Individual (ITP)

Fecha

modivcare

Aplicación Modivcare

Programar un transporte nunca ha sido más fácil



La aplicación Modivcare le brinda la flexibilidad de programar un transporte médico que no es de emergencia en cualquier momento y en cualquier lugar que quiera, directamente desde su teléfono inteligente o tableta.

Todo lo que debe hacer es realizar una búsqueda de **Modivcare App** en Google Play® o Apple App Store® y descargarla a su teléfono inteligente o tableta. Tenga a mano su dirección de correo electrónico utilizable.

Los afiliados elegibles pueden reservar y administrar sus viajes en cuanto descargan la aplicación a su dispositivo.

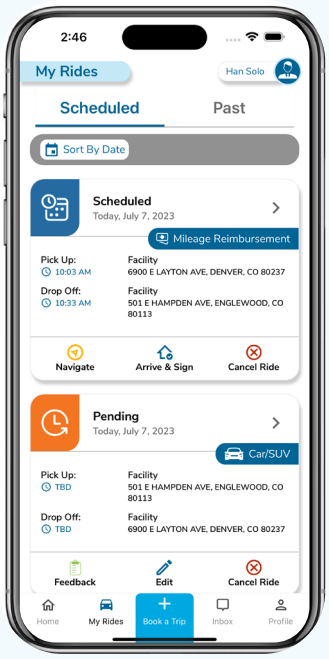
La aplicación Modivcare:

- Agiliza la experiencia de reserva de viajes.
- Ayuda a programar múltiples viajes futuros.
- Permite realizar cambios a viajes o cancelarlos.

Con la aplicación, usted puede:

- Reservar un servicio de transporte estándar o con reembolso de millaje
- Presentar una solicitud de reembolso de millaje
- Cancelar un servicio de transporte
- Saber dónde está su conductor
- Administrar a varios afiliados

Si se presenta algún problema, puede comunicarse en vivo con uno de nuestros agentes del servicio de atención al cliente por teléfono desde la aplicación.



Cómo descargar la aplicación a su teléfono:

1. Verifique con su plan de salud para asegurarse de que la aplicación Modivcare le funcionará adecuadamente.
2. Asegúrese de que tiene un teléfono inteligente.
3. Encuentre la aplicación Modivcare en Google Play® o Apple App Store®.
4. Pulse en instalar.

Descargue la aplicación hoy mismo

Available on the App Store

GET IT ON Google Play

modivcare

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

La identificación puede encontrarse en la tarjeta de Medicaid.

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

Número de licencia de conducir.

Viaje #1

De:	A:	Millas:	Cantidad:
1234 Main St.	8910 Broadway	10	20
De:	**A:**	**Millas:**	**Cantidad:**
8910 Broadway	1234 Main St.	10	20

Este número se proporciona al hacer la reservación con Modivcare.

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

Este número puede obtenerse del proveedor de atención de la salud.

Certifico qu… atendió para brindarle u… de la salud cubierto po…	Firma y título del proveedor de atención de la salud:	Fecha de firma:
	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.*

modivcare

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.*