

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 Reservaciones 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.

REGISTRO Y FACTURA DE VIAJES PARA EL REEMBOLSO DE MILLAS

INFORMACIÓN DEL (LA) CONDUCTOR(A)

Nombre del (la) conductor(a)		Dirección del (la) conductora (Calle)		
Número de licencia de conducir	Estado de la licencia de conducir	Ciudad	Estado	Código postal

FIRMA DEL (LA) CONDUCTOR(A)

Confirmando que, al enviar este registro, acepto que tengo seguro de automóvil vigente; que tengo una licencia de conducir estatal válida; que el vehículo que uso para proporcionar los servicios ha pasado todas las pruebas estatales; que no se me ha declarado culpable de delito grave con sustancias controladas; que no se me ha declarado culpable de más de dos infracciones de tránsito, conducir en estado de ebriedad, y/o conducir bajo la influencia en los últimos dos años.

X

***Firma**

Fecha

*Los conductores de Michigan, al firmar arriba, aceptan que no están excluidos actualmente de participar en ningún programa federal de atención de la salud ni que figuran en la lista de proveedores sancionados del MDHHS ni en la lista de exclusión del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

REGISTRO DE VIAJES

Cada una de las fechas de servicio debe tener la firma del médico o personal clínico y se verificará con el consultorio del mismo antes de realizar pago alguno.

¿Este viaje es una orden fija? ☐ Sí ☐ No

Días en que se viaja semanalmente según la orden fija ☐ D ☐ L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐ S

	Fecha del viaje	Número de viaje	Millas totales	Nombre del proveedor	Número telefónico del proveedor	Firma del médico / personal clínico
1						
2						
3						
4						
5						

*Para los afiliados de California: 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.

INFORMACIÓN DE LA PERSONA AFILIADA

Relación con el (la) afiliado(a)	Nombre del (la) afiliado(a)	Identificación de afiliación
----------------------------------	-----------------------------	------------------------------

FIRMA DE LA PERSONA AFILIADA

Por la presente convengo en que la información anterior es verdadera y correcta. También recibí, leí y acepté los lineamientos de reembolso de gasolina.

X

Firma del (la) afiliado(a)

Nombre del (la) afiliado(a) (con letra de molde)

Los formularios llenos pueden enviarse a:

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

Por fax: 866-528-0462

Por correo electrónico: support.claims@modivcare.com

Si tiene preguntas sobre su reclamación, llame al 1-800-930-9060.