

FORMULARIO DE REGISTRO Y FACTURA DE VIAJES PARA EL REEMBOLSO DE MILLAS

ModivCare
Departamento de reclamaciones: 1-800-930-9060
Fax: 866-528-0462
Correo electrónico: support.claims@modivcare.com

Envíe el formulario debidamente completado a:
ModivCare - Attn: Claims
798 Park Ave NW
Norton, VA 24273

****POR FAVOR LLENE UN FORMULARIO SEPARADO PARA CADA PERSONA TRANSPORTADA****

NOMBRE DEL (LA) CONDUCTOR(A):

RELACIÓN CON EL (LA) AFILIADO(A):

DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL DEL (LA) CONDUCTOR(A):

NÚMERO TELEFÓNICO DEL (LA) CONDUCTOR(A):

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL DEL (LA) CONDUCTOR(A):

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN DE PACIFICSOURCE:

NOMBRE DEL (LA) AFILIADO(A) (Si es diferente del conductor):

DIRECCIÓN PARTICULAR DEL (LA) AFILIADO(A) (Ciudad/Estado/Código Postal):

Usted puede recibir este documento en otro idioma, impreso en una letra más grande o de otra manera que sea mejor para usted. También puede solicitar un intérprete. Esta ayuda es sin costo. Llame al 800-431-4135 o por TTY al 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.
You can get this document in another language, large print, or another way that's best for you. You can also request an interpreter. This help is free. Call 800-431-4135 or TTY 711. We accept all relay calls.

El vale debe recibirse en un plazo de 45 días o podría denegarse. Si incluye más de una cita, debe presentar el formulario debidamente completado en un plazo de 45 días a partir de la primera cita que haya incluido.

Fecha del viaje	Núm. de confirmación del viaje/trabajo	Nombre y número telefónico del proveedor médico	Viaje redondo o viaje sencillo	Razón de la cita	Firma del médico/personal clínico*
		Nombre: Número telefónico:	Marque una: Viaje sencillo Viaje redondo		
		Nombre: Número telefónico:	Marque una: Viaje sencillo Viaje redondo		
		Nombre: Número telefónico:	Marque una: Viaje sencillo Viaje redondo		
		Nombre: Número telefónico:	Marque una: Viaje sencillo Viaje redondo		

*Para que se apruebe el reembolso, cada una de las fechas de servicio deben tener la firma de un médico o personal clínico. Nota: Antes de realizar el pago, cada viaje se confirmará con el consultorio médico.



Por la presente certifico que la información contenida en el presente es verdadera, correcta y certera.

Firma _____
[Firma del (la) afiliado(a)]

No escriba en este espacio.

Total mileage to be paid: _____ Total amount for this invoice:

Batch #: _____

Batch date: _____