

FORMULARIO DE REGISTRO DE VIAJE Y FACTURA PARA EL REEMBOLSO DEL MILLAJE

Modivcare
Departamento de Reclamaciones: 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 POR SEPARADO PARA CADA PERSONA QUE UTILICE EL TRANSPORTE ****

NOMBRE DEL CONDUCTOR: _____ RELACION CON EL MIEMBRO: _____

DIRECCION POSTAL DEL CONDUCTOR: _____ NUMERO DE TELEFONO DEL CONDUCTOR: _____

CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL DEL CONDUCTOR: _____ NUMERO DE ID DE MIEMBRO DE PACIFICSOURCE: _____

NOMBRE DEL MIEMBRO
(en caso de que sea distinto al conductor): _____ DIRECCION DEL DOMICILIO DEL MIEMBRO
(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.

Es necesario que usted presente este documento dentro de un plazo de 45 días o su solicitud puede ser negada. Si usted anota más de una cita, deberá presentar el formulario lleno dentro de un plazo de 45 días contados a partir de la primera cita.

Fecha del viaje	Número de confirmación del viaje/servicio	Nombre y número de teléfono del proveedor médico	Viaje de ida o redondo	Motivo de la cita	Firma del médico/especialista clínico*
		Nombre: Número de teléfono:	Marque uno: Viaje de ida Viaje redondo		
		Nombre: Número de teléfono:	Marque uno: Viaje de ida Viaje redondo		
		Nombre: Número de teléfono:	Marque uno: Viaje de ida Viaje redondo		
		Nombre: Número de teléfono:	Marque uno: Viaje de ida Viaje redondo		

*Es necesario que el médico o especialista clínico firme cada fecha del servicio para que se pueda autorizar el reembolso. Nota: Cada viaje será confirmado con el consultorio del médico antes de realizar los pagos.



Certifico que la información proporcionada en este documento es verdadera, correcta y precisa.

Firma _____

(Firma del Miembro)

No escriba en este espacio.

Millaje total a pagar: _____ Monto total de esta factura:

de lote: _____ Fecha del lote: