

REPORTE DE GASTOS

ModivCare (antes LogistiCare)

Preguntas sobre el reembolso de comidas/alojamiento:

1-866-379-5228

Reclamaciones/reembolsos de gasolina: 1-800-930-9060

(TTY: 1-866-288-3133)

**Envíe el formulario debidamente
completado a:**

ModivCare (antes LogistiCare)

Attn: Travel Dept./Air Ops

4615 E. Elwood St. Suite 300

Phoenix, AZ 85040

El cheque del reembolso debe hacerse a nombre de:

NOMBRE: _____

RELACIÓN CON EL AFILIADO O AFILIADA, SI NO ES UNO
MISMO:

DIRECCIÓN POSTAL (Ciudad/Estado/Código postal):

Información de afiliados de Medicaid:

NOMBRE DEL AFILIADO O AFILIADA _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN DE
PACIFICSOURCE: _____

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE (SI SE APROBÓ
PREVIAMENTE):

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN/VIAJE DE MODIVCARE:

IMPORTANTE: Es necesario que se obtenga la aprobación previa para las comidas y el alojamiento. Para recibir el reembolso, el formulario debe llenarse por completo. **Todos los recibos deben enviarse a más tardar 45 días después de la última cita.** No se procesarán los recibos recibidos una vez transcurrido el plazo de 45 días. Deberá presentar los recibos originales y conservar una copia para usted. No se reembolsarán las copias ni los recibos perdidos o extraviados. La cantidad máxima diaria para comidas es de **[\$6.50 para el desayuno, \$7.50 para el almuerzo y \$13.00 para la cena]**. La cantidad máxima para alojamiento es de hasta [\$98/noche], el viaje debe empezar antes de las 5:00 a.m. y si el viaje de la cita a casa termina después de las 9:00 p.m. Los recibos de TODAS las comidas o alojamiento deben enviarse con este Reporte de Gastos. Por favor, marque con una X las áreas apropiadas y los totales.

Rango de fechas:	DOM	LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB
Desayuno (El viaje debe empezar antes de las 6 a.m.)							
Almuerzo (El viaje debe abarcar todo el periodo del almuerzo, de 11:30 a.m. a 1:30 p.m.)							
Cena (El viaje debe terminar después de las 6:30 p.m.)							
Total de comidas:							
Alojamiento							
Total general:							

Preparado por: _____

Monto total: \$

Aprobado por: _____

No escriba en este espacio.

Total a pagarse: _____

Monto total de esta factura: _____

Núm. de lote: _____

Fecha de lote: _____

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.