



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 Reservas 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 hasta siete 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: Virginia.billingoperations@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 30 días 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