

## 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): **John Doe**

RELACIÓN CON EL (LA) AFILIADO(A): **Spouse**

DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL DEL (LA) CONDUCTOR(A):  
**1234 Main St**

NÚMERO TELEFÓNICO DEL (LA) CONDUCTOR(A): **555-555-5555**

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL DEL (LA) CONDUCTOR(A):  
**Anywhere, CO 12345**

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN DE PACIFICSOURCE: **987654321**

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

DIRECCIÓN PARTICULAR DEL (LA) AFILIADO(A) (Ciudad/Estado/Código Postal):  
**1234 Main St, Anywhere, CO 12345**

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*
01/01/2024	12564	Nombre: <b>Jane Smith</b> Número telefónico: <b>555-5551</b>	Marque una: Viaje sencillo Viaje redondo	<b>Primary Care</b>	<i>Jane Smith, MD</i>
		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 Jane Doe  
[Firma del (la) afiliado(a)]

**No escriba en este espacio.**

Total mileage to be paid: \_\_\_\_\_ Total amount for this invoice: \_\_\_\_\_

Batch #: \_\_\_\_\_ Batch date: \_\_\_\_\_