



2851 Joe DiMaggio Blvd
Bldg. 8 Unit 15
Round Rock, 78665

Modivcare.com

Estimado Participante de Transporte Individual:

En nombre de Modivcare, le doy la bienvenida como potencial participante de transporte Individual (ITP) y espero que la prestación de servicios de transporte le resulte gratificante.

Se adjuntan los siguientes elementos de inscripción necesarios para completar el proceso de solicitud:

- Paquete de inscripción de ITP
- Formulario de divulgación y autorización (**Solo para miembros que no sean familiares**)
- Reconocimiento y Autorización de Verificación de Antecedentes (**Solo para miembros que no sean familiares**)

Lea **TODA** la información adjunta detenidamente y devuelva las copias originales firmadas a la dirección que se indica en el paquete de inscripción.

Para cualquier solicitud con un estado de relación "No es un familiar", Modivcare se verá en la necesidad de llevar a cabo una verificación del historial de conducción de vehículos motorizados y una verificación de antecedentes penales en nombre del participante.

Atentamente,

Heather Williams
Directora sénior, Transporte
Modivcare



Lista de Comprobación para la Inscripción del Participante de Transporte Individual (ITP)

Use esta lista para asegurarse de que ha completado y enviado todo lo necesario para inscribirse como ITP. **No se autorizará ningún viaje hasta que todos los documentos estén aprobados.**

Si necesita ayuda para llenar estos formularios, llame al Centro de Contacto de Modivcare al 1-877-718-4201 y seleccione la opción 2 para Superior Health Plan.

- ☐ Página de información de ITP original completada
(Llene todo y marque N/A si una pregunta no se aplica a su caso).
- ☐ Página de información de cliente/ITP original completada
- ☐ Firma de los Términos y condiciones de participación originales completados
- ☐ Una copia de su licencia de conducir vigente y válida de Texas
- ☐ Una copia de la tarjeta de seguro de automóvil vigente y válida de Texas
(página de declaraciones o tarjeta de seguro que demuestre que cumple con los requisitos mínimos exigidos por la ley)
- ☐ Una copia de su tarjeta de Seguro Social
- ☐ Una copia de registro vehicular de Texas

Importante: El nombre en su licencia de conducir y tarjeta de Seguro Social tiene que ser el mismo.

Todos los formularios deben enviarse por correo a Modivcare

ATTN: Modivcare
2851 Joe DiMaggio Blvd Bldg. 8 Unit 15
Round Rock, Texas 78665
Nota: *Guarde una copia para sus archivos.*

Hoja de información del ITP

El propósito del formulario es obtener datos para inscribir a un ITP. Tiene que llenar este formulario completamente y firmarlo. Use tinta negra o azul.
Firma original solamente; no se aceptará una firma estampada ni copiada.

Tipo de ITP: Yo mismo/otro:		Número de teléfono: (si necesitamos comunicarnos con usted)	
☐ Yo mismo ☐ Otro		()	
<i>Tiene que ser igual al de la licencia de conducir.</i>			
Apellido:		Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social: (Adjunte una copia de la tarjeta).		Fecha de nacimiento:	
Número de licencia de conducir: <i>(Adjunte una copia de la licencia de manejar)</i>	Fecha de emisión de la licencia: MM/DD/AAAA	Fecha de vencimiento de la licencia: MM/DD/AAAA	
Dirección física: <i>Donde vive. (Tiene que dar una dirección física. No se aceptan apartados postales). Número, calle, ciudad, estado y código postal.</i>			
Dirección postal: <i>Número, calle, ciudad, estado y código postal.</i>			

Importante: El nombre en su licencia de conducir y tarjeta de Seguro Social tiene que ser el mismo.

Información del vehículo y del seguro		
Número de identificación del vehículo (VIN): <i>Indique el VIN del vehículo que se usa para el transporte.</i>	Número de placa:	
Póliza de seguro de automóvil: <i>Adjunte una copia de la tarjeta de seguro de la aseguradora. El vehículo que se usa para transportar al cliente tiene que figurar en la póliza de seguro.</i>	Fecha de emisión de la póliza: MM/DD/AAAA	Fecha de vencimiento de la póliza: MM/DD/AAAA

Hoja de información del cliente/ITP

Si se transporta a sí mismo o transporta a los miembros de su familia, llene la **Sección 1**; deje la **Sección 2 en blanco**.

Si transporta a una persona que no sea usted o un miembro de su familia, llene la **Sección 1 y la Sección 2**.

* Enumere todos los clientes para los que el conductor solicitará un reembolso

Sección 1

Nombre del cliente: <i>(la persona a quien va a transportar)</i>	Núm. de identificación de Medicaid:	FDN del cliente: <i>MM/DD/AAAA</i>	Relación con el ITP:
			☐ Es un familiar ☐ No es un familiar ☐ Yo mismo

Sección 2 *(Datos personales sobre el ITP)*

¿Actualmente tiene cargos o tuvo alguna condena por un delito (excluyendo multas de tránsito de delito menor de clase C)?

☐ Sí ☐ No

“Condena” significa que:

- (a) Un tribunal federal, estatal o local ha dictado sentencia condenatoria contra una persona, sin importar que:
 - (1) Esté pendiente una moción posterior al juicio o una apelación; o
 - (2) Se haya borrado o eliminado la sentencia condenatoria u otros antecedentes relacionados con la conducta delictiva;
- (b) Un tribunal federal, estatal o local ha declarado culpable a una persona;
- (c) Un tribunal federal, estatal o local ha aceptado una declaración de culpabilidad o nolo contendere (no me opongo) de una persona, o
- (d) Una persona ha aceptado participar en un programa para delincuentes sin antecedentes, de aplazamiento de la sentencia u otro programa o acuerdo en que se ha dejado en suspenso el dictado de sentencia condenatoria.

Si contesta “**Sí**”, dé los detalles completos, entre ellos: la fecha, el estado y el condado donde ocurrió la condena, el número de causa y por qué recibió la condena específicamente. (Adjunte hojas adicionales si es necesario).

Términos y condiciones de participación

1. Antes de que un ITP conduzca a un cliente, el cliente debe obtener la aprobación para el viaje de Modivcare. El cliente debe llamar al 1-877-718-4201 y seleccionar la opción 2 para Superior Health Plan para obtener esta aprobación antes del viaje; de lo contrario, no se le pagará al ITP. Todos los clientes deben estar incluidos en la Página de Cliente/ITP.
2. El cliente debe hacer que el médico firme el Registro de servicios de ITP (Formulario de reclamación) y el ITP debe firmar el Registro de servicios de ITP (Formulario de reclamación).
3. El monto del reembolso (pago) de millaje se basa en un cálculo de millaje calculado por Modivcare utilizando un sistema reconocido a nivel nacional de la distancia más corta de viaje y no en la cantidad de clientes que reciben un viaje. Se pagará al ITP en función del millaje determinado a la tarifa por milla del vehículo establecida por la Legislatura de Texas para los empleados estatales que esté en vigor en el momento del viaje.
4. Todos los pagos a un ITP se informarán al Servicio de Impuestos Internos (IRS).
5. El ITP debe mantener una licencia de conducir, un Seguro del vehículo y un registro del vehículo de Texas vigentes y válidos durante cada viaje.
6. El formulario de reclamación debe enviarse dentro de los 95 días posteriores a la fecha del viaje.

Certificación:

Certifico que he leído los términos y condiciones para ser un Participante de Transporte Individual (ITP) y que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que tengo que cumplir con los términos y condiciones de participación y mantener la documentación para respaldar cualquier solicitud de reembolso del millaje y que la HHSC o Modivcare se reserva el derecho de pedir y verificar la documentación que respalda la solicitud.

Firma del Participante de Transporte Individual (ITP)

Fecha



Registro de servicio del ITP

Nombre del cliente:	Teléfono del cliente:	Núm. de Medicaid del cliente:	
	()		
Nombre ITP (debe coincidir con la licencia de conducir)	Teléfono del ITP:	Número MTI del ITP:	
	()		
Viaje N.º 1			
De:	A:	Millas:	Cantidad:
De:	A:	Millas:	Cantidad:
Número de autorización:	Fecha/hora de la cita:	Total de millas:	Cantidad total:
NPI del proveedor de atención médica:	Teléfono del proveedor de atención médica:	Nombre del proveedor de atención médica:	
	()		
Certifico que se atendió a este paciente para brindarle un servicio de atención médica cubierto por Medicaid/CSHCN.	Firma y título del proveedor de atención médica:	Fecha en que se firmó:	
Viaje N.º 2			
De:	A:	Millas:	Cantidad:
De:	A:	Millas:	Cantidad:
Número de autorización:	Fecha/hora de la cita:	Total de millas:	Cantidad total:
NPI del proveedor de atención médica:	Teléfono del proveedor de atención médica:	Nombre del proveedor de atención médica:	
	()		
Certifico que se atendió a este paciente para brindarle un servicio de atención médica cubierto por Medicaid/CSHCN.	Firma y título del proveedor de atención médica:	Fecha en que se firmó:	

Conductores ITP: Tengan en cuenta que el millaje permitido para el cual se puede solicitar reembolso está preimpreso en el formulario.

DECLARACIÓN JURADA: Esto es para certificar que la información anterior es verdadera, exacta y completa. Entiendo que este pago solicitado se hará con fondos estatales y federales, y que falsificar u ocultar un dato pertinente puede ser motivo de acción judicial bajo las leyes estatales y federales. Por la presente certifico que esta solicitud de pago no contiene declaración dolosa ni falsificación alguna y que la información que he dado es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. **Certifico que he cumplido con todas las condiciones del Acuerdo del Participante de Transporte Individual durante la prestación del servicio de transporte para el cual estoy solicitando reembolso.**

Firma del Participante de Transporte Individual (ITP)

Fecha

Envíe todos los formularios a Modivcare
ATTN: Claims 798 Park Ave NW 4th Ave Norton, VA 24273
Envíe por correo electrónico a:
 Virginia.billingoperations@modivcare.com
Envíe por fax a: 866-528-0462
Nota: Conserve una copia para sus registros