



Estimado/a miembro de Healthy Blue:

ModivCare le reembolsará a los miembros de Healthy Blue si deciden que quieren conducir por sí mismos o pedirle a alguien que los lleven en auto a su cita. Para asegurarse de recibir el pago, deberá llenar el Registro de traslado para reembolso de millas. Puede comenzar a usar este formulario cuando llame a la Línea para reservaciones para programar un traslado. Siga los pasos bajo “Así es como funciona” para llenar este formulario. Puede llamar a la Línea para reservaciones de ModivCare al **855-397-3602** (TTY **866-288-3133**) para solicitar más copias en blanco del formulario.

Su formulario debe estar completado totalmente para recibir el pago.

- La tarifa es de \$0.29 por milla.
- La distancia será el número de millas desde su hogar hasta su cita médica.
- Le darán el millaje durante su llamada telefónica de la reservación.

Así es como funciona:

1. Llame a la Línea para reservaciones para programar su traslado antes de la fecha de su cita. Cuando llame para programar su traslado, le darán un número del traslado.* **Anote el número del traslado en el formulario tan pronto lo reciba de ModivCare.** En el formulario se requiere poner el número y la fecha del traslado.
2. Llene todo el formulario, excepto por el espacio para Médico/Profesional clínico. **Puede colocar hasta ocho traslados de una vía en un formulario.**
3. Lleve el formulario a su cita médica y pídale a su médico o a su consejero que lo firme. **Su médico o su consejero debe firmar el formulario como prueba de que usted fue a su cita.**
4. Asegúrese de que solo aparezca un conductor en un formulario.
 - **Complete y envíe un formulario distinto para cada persona que lo lleve a sus citas médicas.** El pago se hará a la persona que usted designó al hacer la reservación del traslado.
 - Dígale a su especialista en reservaciones si está usando más de un conductor.
5. Envíe por correo su formulario completado a:
ModivCare Claims Department
North Carolina Mileage Reimbursement
2552 W. Erie Drive, Suite 101
Tempe, AZ 85282

6. Si tiene alguna pregunta, problema o inquietud, llame a ModivCare al **877-564-5665** (TTY **866-288-3133**). Si una persona en vivo no puede contestar su llamada, deje un mensaje de voz detallado con el número de teléfono más conveniente para que se comuniquen con usted. Los mensajes de voz serán contestados dentro de un día hábil.
7. Espere recibir un cheque según la programación a continuación. La oficina de reclamaciones sigue esta programación.
 - La oficina de reclamaciones no puede emitir números del traslado.
 - Todos los registros de traslados deben ser recibidos antes de la fecha que aparece en la columna de la izquierda.
 - Deje pasar hasta 10 días hábiles para recibir el pago antes de llamar acerca de una reclamación.
 - Las órdenes de suspensión de pago solo se pueden colocar cuando hayan pasado 10 días hábiles desde la fecha del envío por correo.

Factura esperada en el centro de reclamaciones*	Fecha en que se envía por correo el pago*
Jueves, 12 de agosto de 2021	Viernes, 27 de agosto de 2021
Jueves, 26 de agosto de 2021	Viernes, 10 de septiembre de 2021
Jueves, 09 de septiembre de 2021	Viernes, 24 de septiembre de 2021
Jueves, 23 de septiembre de 2021	Viernes, 08 de octubre de 2021
Jueves, 07 de octubre de 2021	Viernes, 22 de octubre de 2021
Jueves, 21 de octubre de 2021	Viernes, 05 de noviembre de 2021
Jueves, 04 de noviembre de 2021	Viernes, 19 de noviembre de 2021
Jueves, 18 de noviembre de 2021	Viernes, 03 de diciembre de 2021
Jueves, 02 de diciembre de 2021	Viernes, 17 de diciembre de 2021
Jueves, 16 de diciembre de 2021	Viernes, 31 de diciembre de 2021
Jueves, 30 de diciembre de 2021	Viernes, 14 de enero de 2022

***Recuerde obtener todos los números de traslado del departamento de reservaciones en su estado.**

Blue Cross and Blue Shield of North Carolina cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina a las personas por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, creencias, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, identidad o expresión de género u orientación sexual.

Puede obtener este material y otra información del plan en letra grande, sin costo. Para obtener el material en letra grande, llame a Servicios para Afiliados al 844-594-5070.

Si el inglés no es su idioma principal, podemos ayudarlo. Llame al 844-594-5070 (TTY 711).

Healthy Blue es un plan de Medicaid ofrecido por Blue Cross and Blue Shield of North Carolina. Blue Cross and Blue Shield of North Carolina es un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. ® es una marca de Blue Cross and Blue Shield Association. Todas las otras marcas son propiedad de sus respectivos dueños.

ModivCare es una compañía independiente que proporciona servicios de transporte médico para los miembros de Healthy Blue a nombre de Blue Cross and Blue Shield of North Carolina.



REGISTRO DE TRASLADO PARA EL REEMBOLSO DE MILLAS DE NORTH CAROLINA

Debe ser enviado a: **ModivCare Claims Department**
2552 W. Erie Drive, Suite 101
Tempe, AZ 85282

NOMBRE DEL CONDUCTOR: _____

RELACIÓN CON EL MIEMBRO: _____

DIRECCIÓN POSTAL DEL CONDUCTOR: _____

NÚM. DE TELÉFONO DEL CONDUCTOR: _____

CIUDAD/ESTADO/C.P.: _____

NOMBRE DEL MIEMBRO: _____

NÚM. DE ID DEL MIEMBRO: _____

Fecha del traslado	Núm. de confirmación del traslado	Nombre y Núm. de teléfono del proveedor médico	Firma del médico/profesional clínico*	Total de millas
		Nombre: Núm. de teléfono:		
		Nombre: Núm. de teléfono:		
		Nombre: Núm. de teléfono:		
		Nombre: Núm. de teléfono:		
		Nombre: Núm. de teléfono:		
		Nombre: Núm. de teléfono:		
		Nombre: Núm. de teléfono:		
		Nombre: Núm. de teléfono:		

*Cada fecha de servicio debe tener la firma de un médico o profesional clínico con el fin de que se apruebe el reembolso.

NOTA: Cada traslado será confirmado con el consultorio de médico antes de que se hagan los pagos.

Por este medio certifico que la información contenida en este documento es cierta, correcta y precisa. Firma _____

(Firma del miembro)

No escriba en este espacio.

Millaje total a ser pagado: _____ Monto total para esta factura: _____ Núm. de lote: _____ Fecha del lote: _____