



**BlueCross BlueShield of New Mexico INFORME DE GASTOS**



Envíe el formulario relleno a:  
**ModivCare - Travel Dept**  
**2602 S. 47th Street, Suite 100**  
**Phoenix, AZ 85034**

**El cheque de reembolso debe hacerse a nombre de:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 RELACIÓN CON EL ASEGURADO  
 (SI NO ES UD. MISMO): \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

**Información sobre el asegurado de Medicaid:**

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_  
 N.º DE ASEGURADO DE BLUE CROSS COMMUNITY CENTENNIAL<sup>SM</sup>: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE (SI SE APROBÓ PREVIAMENTE): \_\_\_\_\_  
 N.º DE VIAJE/AUTORIZACIÓN MODIVCARE: \_\_\_\_\_

Los recibos de TODAS las comidas o alojamientos deben enviarse con este informe de gastos. Marque con una X las áreas correspondientes y los totales.

**IMPORTANTE:** Las comidas y los alojamientos deben aprobarse de antemano. Para recibir el reembolso, el formulario debe rellenerse por completo. Todos los recibos deben recibirse en un plazo máximo de 30 días después de la última cita. Los recibos que se reciban después del período de 30 días no se procesarán. Debe proporcionar los recibos originales y conservar una copia para usted. No se reembolsarán las copias ni los recibos perdidos o extraviados. El importe máximo diario para las comidas es de \$18.00. Si se aprueba previamente, se puede reembolsar el alojamiento.

| Fecha:                       | DOM | LUN | MAR | MIÉ | JUE | VIE | SÁB |
|------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Desayuno                     |     |     |     |     |     |     |     |
| Almuerzo                     |     |     |     |     |     |     |     |
| Cena                         |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Total de las comidas:</b> |     |     |     |     |     |     |     |
| Alojamiento                  |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Total de los gastos:</b>  |     |     |     |     |     |     |     |

Preparado por: \_\_\_\_\_  
 Aprobado por: \_\_\_\_\_

**Cantidad total: \$**

ModivCare es una compañía independiente que ofrece servicios de transporte a BCBSNM a través de un acuerdo contractual entre BCBSNM y ModivCare. BCBSNM y ModivCare mantienen una relación laboral en calidad de contratistas independientes.

Estos servicios son financiados, en parte, por el estado de Nuevo México.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

## Para obtener asistencia y servicios auxiliares, o materiales en formatos alternativos u otros idiomas sin costo, llame al 1-866-689-1523 (TTY/TDD: 7-1-1).

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Civil Rights Coordinator.

Si considera que Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35<sup>th</sup> floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, [Civilrightscoordinator@hsc.net](mailto:Civilrightscoordinator@hsc.net). Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-710-6984 (TTY: 711).

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódííłnih 1-855-710-6984 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-710-6984 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-710-6984 (TTY: 711)。

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-710-6984 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-710-6984 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-710-6984 (TTY: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-710-6984 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-710-6984 (ATS: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-710-6984 (телетайп: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें।

هجوٲ: رگا هب نابز يسراف وگتفگ یم دینک، تلاهست ینابز هب تروص ناگیار یارب امش مهارف یم دشاب. اب 1-855-710-6984 (TTY: 711) سلامت دیریگب.

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-710-6984 (TTY: 711).