



BlueCross BlueShield
of New Mexico

EXPENSE REPORT



Send completed form to:
LogistiCare Solutions- Attn: Facilities
4832 E McDowell Rd, Suite 100
Phoenix, AZ 85008

Reimbursement check should be made payable to:

NAME: _____
MAILING ADDRESS: _____
CITY/STATE/ZIP: _____

Medicaid Member Information:

NAME: _____
MEDICAID ID#: _____
NAME OF ESCORT: _____
LOGISTICARE AUTHORIZATION/JOB#: _____

Receipts for ALL meals or lodging must be sent with this Expense Report. Please put an X in the appropriate areas and the totals.

IMPORTANT: Form must be filled out completely in order to receive reimbursement. All receipts must be received no later than 30 days after the last appointment. Receipts received after the 30-day period will not be processed. You must provide original receipts. No reimbursement will be made for copies or lost or misplaced receipts. Maximum daily amount for meals is \$18.00.

Date:							
	SUN	MON	TUES	WED	THURS	FRI	SAT
Breakfast							
Lunch							
Dinner							
Meals Total:							
Lodging							
Grand Total:							

Prepared by: _____

Total Amount: \$

Approved by: _____

LogistiCare is an independent company providing transportation services to BCBSNM through a contractual arrangement between BCBSNM and LogistiCare. The relationship between BCBSNM and LogistiCare is that of independent contractors.

Such services are funded in part with the State of New Mexico.

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



BlueCross BlueShield
of New Mexico

EXPENSE REPORT



Send completed form to:
LogistiCare Solutions- Attn: Facilities
4832 E McDowell Rd, Suite 100
Phoenix, AZ 85008

El cheque de reembolso se debe hacer pagadero a:

NOMBRE: _____
DIRECCIÓN POSTAL: _____
DIRECCIÓN POSTAL: _____
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL _____

Información del miembro de Medicaid:

NOMBRE: _____
N.º de ID de MEDICAID: _____
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: _____
N.º DE TRABAJO/AUTORIZACIÓN DE LOGISTICARE: _____

Los recibos por TODAS las comidas y hospedaje se deben enviar con este Reporte de gastos. Coloque una X en las áreas apropiadas y los totales.

IMPORTANTE: para recibir el reembolso, los formularios se deben de llenar completamente. Todos los recibos se deben entregar a más tardar 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. No se harán reembolsos por recibos en fotocopia, perdidos o extraviados. El monto máximo diario por comidas es \$18.00.

Fecha:							
	DOM	LUN	MAR	MIÉR	JUE	VIE	SÁB
Desayuno							
Almuerzo							
Cena							
Total de comidas:							
Hospedaje							
Gran total:							

Preparado por: _____

Monto total: \$

Aprobado por: _____

LogistiCare es una compañía independiente que proporciona servicios de transportación a Blue Cross and Blue Shield of New Mexico (BCBSNM) por medio de un acuerdo contractual entre BCBSNM y LogistiCare. La relación entre BCBSNM y LogistiCare es de contratistas independientes.

Esos servicios reciben financiamiento parcial del estado de New Mexico.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico es una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

To ask for auxiliary aids and services or materials in other formats and languages at no cost, please call 1-866-689-1523 (TTY/TDD: 711).

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Blue Cross and Blue Shield of New Mexico does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico:

Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

Qualified sign language interpreters

Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

Qualified interpreters

Information written in other languages

If you need these services, contact Civil Rights Coordinator.

If you believe that Blue Cross and Blue Shield of New Mexico has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, Civilrightscoordinator@hcsc.net. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, 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, kojí' 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।

توجه: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنی، تسهیلات زبانی بہ صورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-710-6984 (TTY: 711) تماس بگیریدی.

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