



## Registro para Reembolso de Millas de Viaje para Wisconsin Medicaid y BadgerCare Plus

Envíe por correo o fax los registros completos:

MTM, Inc.

Atención a: Trip Logs  
16 Hawk Ridge Dr.  
Lake St. Louis, MO 63367  
Fax: 1-888-513-1610

También puede cargar su registro completo en línea en:

<https://gmrform.memberportal.net/>

### Instrucciones:

- Usted debe llamar a MTM, Inc. antes de cada cita médica para programar un viaje para el reembolso de millaje.
- Utilice este formulario para solicitar el pago de millaje después de las citas. Usted no puede ser pagado, a menos que se haya completado este formulario y retornado a MTM, Inc.
- Usted recibirá un número de viajes al programar viajes con MTM, Inc. tiene que escribir el número del viaje abajo de este registro. Debe presentar el registro de trayecto dentro de los **60 días** del primer viaje que figuran en este formulario. **Las solicitudes de reembolso presentadas más de 60 días después de la cita serán denegadas.**
- El médico debe firmar este registro para cada viaje en la lista. Cualquier proveedor de cuidado de salud en su cita puede firmar este registro. Esto incluye enfermeras, terapeutas, asistentes médicos o enfermeras. No tiene que ser el médico
- Si necesita un registro para futuros viajes, puede hacer copias de ambos lados de este registro en blanco, descargar un registro en [www.mtm-inc.net/Wisconsin](http://www.mtm-inc.net/Wisconsin) y pida MTM, Inc. para enviarle un registro en blanco.
- Un viaje de ida es de su casa a su cita. De ida y vuelta es de su casa a su cita y luego de vuelta a casa. Para los viajes con una parada extra introducir cada parada en una línea distinta, por ejemplo:
  - primer viaje de casa al médico
  - segundo viaje del médico a la farmacia
  - tercer viaje de la farmacia al hogar
- Si usted no tiene un registro cuando vaya a su cita, pídale a su proveedor de atención médica una nota en su membrete. La nota debe indicar la fecha de la cita y tener la firma del médico para verificar que fue visto. Una vez que tenga un registro de viaje, adjúntela la nota de su proveedor de atención de la salud en el lugar de la firma.
- Si su registro no está completo MTM, Inc. no será capaz de procesar su pago y el registro será devuelto. El millaje no se puede pagar menos que haya recibido una aprobación del MTM, Inc. antes de su servicio cubierto y obtener un número de viaje.
- Haga una copia de su registro completo y guárdelo para sus registros.
- **Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, o el proceso de reembolso de millaje, por favor llame a MTM, Inc. al 1-866-907-1493.**

Información del miembro	Primer Nombre:	Apellido:	ForwardHealth ID #:
	Dirección:		Teléfono:
	Ciudad:	Estado:	Código Posta:
Información de pago	ComData Card pagable a:	Relación con el miembro: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Otro:	Fecha de nacimiento:
	Dirección:		Teléfono:
	Ciudad:	Estado:	Ciudad:



# Registro para Reembolso de Millas de Viaje para Wisconsin Medicaid y BadgerCare Plus

## Registro para reembolso de millas de viaje

<b>Viaje #1</b>	Numero de viaje (Llame a MTM antes de su viaje):	Fecha de la Cita:	Hora de la Cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Solo ida
	Dirección donde comienza el viaje: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro:			Teléfono del Proveedor Medic:
	Nombre del proveedor de atención médica:		Dirección del proveedor de atención médica:	
	Certifico que este paciente fue visto por un servicio cubierto por Medicaid / BadgerCare Plus.	Firma y cargo del proveedor de cuidado de la salud: ▶		
<b>Viaje #2</b>	Numero de viaje (Llame a MTM antes de su viaje):	Fecha de la Cita:	Hora de la Cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Solo ida
	Dirección donde comienza el viaje: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro:			Teléfono del Proveedor Medic:
	Nombre del proveedor de atención médica:		Dirección del proveedor de atención médica:	
	Certifico que este paciente fue visto por un servicio cubierto por Medicaid / BadgerCare Plus.	Firma y cargo del proveedor de cuidado de la salud: ▶		
<b>Viaje #3</b>	Numero de viaje (Llame a MTM antes de su viaje):	Fecha de la Cita:	Hora de la Cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Solo ida
	Dirección donde comienza el viaje: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro:			Teléfono del Proveedor Medic:
	Nombre del proveedor de atención médica:		Dirección del proveedor de atención médica:	
	Certifico que este paciente fue visto por un servicio cubierto por Medicaid / BadgerCare Plus.	Firma y cargo del proveedor de cuidado de la salud: ▶		
<b>Viaje #4</b>	Numero de viaje (Llame a MTM antes de su viaje):	Fecha de la Cita:	Hora de la Cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Solo ida
	Dirección donde comienza el viaje: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro:			Teléfono del Proveedor Medic:
	Nombre del proveedor de atención médica:		Dirección del proveedor de atención médica:	
	Certifico que este paciente fue visto por un servicio cubierto por Medicaid / BadgerCare Plus.	Firma y cargo del proveedor de cuidado de la salud: ▶		
<b>Viaje #5</b>	Numero de viaje (Llame a MTM antes de su viaje):	Fecha de la Cita:	Hora de la Cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Solo ida
	Dirección donde comienza el viaje: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro:			Teléfono del Proveedor Medic:
	Nombre del proveedor de atención médica:		Dirección del proveedor de atención médica:	
	Certifico que este paciente fue visto por un servicio cubierto por Medicaid / BadgerCare Plus.	Firma y cargo del proveedor de cuidado de la salud: ▶		
<b>Viaje #6</b>	Numero de viaje (Llame a MTM antes de su viaje):	Fecha de la Cita:	Hora de la Cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Solo ida
	Dirección donde comienza el viaje: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro:			Teléfono del Proveedor Medic:
	Nombre del proveedor de atención médica:		Dirección del proveedor de atención médica:	
	Certifico que este paciente fue visto por un servicio cubierto por Medicaid / BadgerCare Plus.	Firma y cargo del proveedor de cuidado de la salud: ▶		
<b>He completado este formulario y verifico que la información de este diario de viaje es verdad</b>		<b>Firma del miembro, padre / tutor, o representan: Firme aquí ▶</b>		<b>ForwardHealth ID#:</b> _____