



Registro de viajes para reembolso

Envíe los registros completos por correo, fax o correo electrónico a:

MTM, atención: Trip Logs
16 Hawk Ridge Dr.
Lake St. Louis, MO 63367

Fax: 1-888-513-1610

Correo electrónico: payme@mtm-inc.net

Instrucciones:

- Debe llamar a MTM al 1-877-503-1261 en o antes del día de su cita médica. Si se aprueba su viaje, usted recibirá un número de viaje durante esta llamada. Deberá anotar lo en este registro de viajes. Para recibir un reembolso, debe presentar un registro de viajes para todas las solicitudes de viaje.
- Envíe los registros de viajes dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la primera cita.
- Cualquier profesional de atención médica del centro puede firmar el registro de viajes. *Entre ellos se incluyen enfermeros, terapeutas, asistentes médicos o enfermeras especialistas.* No es obligatorio que lo haga el médico.
- Le sugerimos que haga copias de su registro de viajes para reembolso en blanco. Si necesita una nueva copia de este formulario, puede llamar para solicitar que le envíen una por correo o puede descargar este formulario en www.mtm-inc.net.
- El viaje de ida será desde su hogar hasta la cita. Un viaje de ida y vuelta será desde su hogar hasta la cita y desde ahí de vuelta a su hogar. Para viajes de más paradas, como un viaje adicional desde la primera cita hasta una segunda cita antes de volver a casa, ingrese cada tramo del viaje en un renglón aparte, por ejemplo:
 - 1.º tramo - del hogar hasta el primer médico
 - 2.º tramo - del primer médico al segundo médico
 - 3.º tramo - del segundo médico al hogar
- Si no tiene un registro de viaje, pídale a su proveedor de atención médica una nota en papel con membrete del centro. La nota debe manifestar que lo atendió e incluir la fecha de la cita. Una vez que reciba un registro de viajes por correo, adjunte la nota de su proveedor médico en lugar de la firma.
- No se pueden procesar formularios incompletos. Completar correctamente este formulario es su responsabilidad.
- Mantenga una copia de su registro de viajes para su registro.
- **¿Tiene preguntas sobre el proceso de reembolso? Llame al 1-888-513-0703.**

Información del miembro	Nombre:	Apellido:	N.º de Medicaid:
	Dirección:		Teléfono:
	Ciudad:	Estado:	C. P.:
Información de pago	Pagar a:	Relación con el miembro: <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Otra:	Fecha de nacimiento:
	Dirección:		Teléfono:
	Ciudad:	Estado:	C. P.:

Registro de viaje - Revisado, 20 de febrero de 2017. Esta comunicación contiene información confidencial y es para uso exclusivo del destinatario previsto. Podría contener información privilegiada y exenta de su divulgación según la ley aplicable. Si usted no es el destinatario previsto de esta comunicación, sepa que cualquier divulgación, copia, distribución o uso no autorizado de esta comunicación está estrictamente prohibido. Además, informe a MTM, al 1-888-561-8747 y devuelva la comunicación a la dirección de origen. Si usted, o alguien a quien usted esté ayudando, tiene preguntas acerca de MTM, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 888-561-8747.

Si usted, o alguien a quien usted esté ayudando, tiene preguntas acerca de MTM, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 888-561-8747. No discriminación. El cliente tiene derecho a recibir servicios en conformidad con el título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, 42 U.S.C.A., 2000d, et seq; 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, 29 U.S.C.A. 794; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, 42 U.S.C.A. 12101, et seq; y todas las enmiendas a cada una y todos los requisitos impuestos por los reglamentos dictados de conformidad con estas leyes, en particular, 45 C.F.R. Parte 80 (relativa a raza, color, origen nacional), 45 C.F.R. Parte 84 (relativa a discapacidades), 45 C.F.R. Parte 86 (relativa al sexo), y 45 C.F.R. Parte 91 (relativa a la edad).



Registro de viajes para reembolso (continuación)

Viaje n.º 1	Número de viaje (llame a MTM antes de su viaje para obtenerlo):	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Ida
	Dirección de recogida: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra:	Teléfono del proveedor médico:		
	Nombre del proveedor médico:	Dirección del proveedor médico:		
	Certifico que este paciente recibió atención relacionada con un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶		
Viaje n.º 2	Número de viaje (llame a MTM antes de su viaje para obtenerlo):	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Ida
	Dirección de recogida: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra:	Teléfono del proveedor médico:		
	Nombre del proveedor médico:	Dirección del proveedor médico:		
	Certifico que este paciente recibió atención relacionada con un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶		
Viaje n.º 3	Número de viaje (llame a MTM antes de su viaje para obtenerlo):	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Ida
	Dirección de recogida: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra:	Teléfono del proveedor médico:		
	Nombre del proveedor médico:	Dirección del proveedor médico:		
	Certifico que este paciente recibió atención relacionada con un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶		
Viaje n.º 4	Número de viaje (llame a MTM antes de su viaje para obtenerlo):	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Ida
	Dirección de recogida: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra:	Teléfono del proveedor médico:		
	Nombre del proveedor médico:	Dirección del proveedor médico:		
	Certifico que este paciente recibió atención relacionada con un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶		
Viaje n.º 5	Número de viaje (llame a MTM antes de su viaje para obtenerlo):	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Ida
	Dirección de recogida: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra:	Teléfono del proveedor médico:		
	Nombre del proveedor médico:	Dirección del proveedor médico:		
	Certifico que este paciente recibió atención relacionada con un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶		
Viaje n.º 6	Número de viaje (llame a MTM antes de su viaje para obtenerlo):	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Ida
	Dirección de recogida: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra:	Teléfono del proveedor médico:		
	Nombre del proveedor médico:	Dirección del proveedor médico:		
	Certifico que este paciente recibió atención relacionada con un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶		
Viaje n.º 7	Número de viaje (llame a MTM antes de su viaje para obtenerlo):	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Ida
	Dirección de recogida: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra:	Teléfono del proveedor médico:		
	Nombre del proveedor médico:	Dirección del proveedor médico:		
	Certifico que este paciente recibió atención relacionada con un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶		
He completado este formulario y verifico que la información de este registro de viaje es cierta.		Firma del miembro, padre, madre, tutor legal o representante: ▶		

Registro de viaje - Revisado, 20 de febrero de 2017. Esta comunicación contiene información confidencial y es para uso exclusivo del destinatario previsto. Podría contener información privilegiada y exenta de su divulgación según la ley aplicable. Si usted no es el destinatario previsto de esta comunicación, sepa que cualquier divulgación, copia, distribución o uso no autorizado de esta comunicación está estrictamente prohibido. Además, informe a MTM, al 1-888-561-8747 y devuelva la comunicación a la dirección de origen.

Si usted, o alguien a quien usted esté ayudando, tiene preguntas acerca de MTM, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 888-561-8747.

Si usted, o alguien a quien usted esté ayudando, tiene preguntas acerca de MTM, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 888-561-8747. No discriminación. El cliente tiene derecho a recibir servicios en conformidad con el título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, 42 U.S.C.A., 2000d, et seq; 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, 29 U.S.C.A. 794; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, 42 U.S.C.A. 12101, et seq; y todas las enmiendas a cada una y todos los requisitos impuestos por los reglamentos dictados de conformidad con estas leyes, en particular, 45 C.F.R. Parte 80 (relativa a raza, color, origen nacional), 45 C.F.R. Parte 84 (relativa a discapacidades), 45 C.F.R. Parte 86 (relativa al sexo), y 45 C.F.R. Parte 91 (relativa a la edad).