



Estimado/a Miembro:

Gracias por su interés en el uso de un Participante de Transporte Individual (ITP por sus siglas en inglés). Un ITP puede recibir reembolso por llevarlo a usted a sus citas médicas. El paquete de inscripción adjunto incluye los documentos que el ITP debe presentar a MTM. Consulte la lista de verificación para la inscripción de ITP para ver una lista de los documentos requeridos. Estos documentos deben ser procesados y aprobados por el estado de Texas. El ITP no puede hacer ningún transporte hasta que se aprueben los documentos.

Un ITP podría ser cualquiera de los siguientes:

- ITP (Uno mismo): un cliente de Medicaid que se transporta a sí mismo a una cita de médica usando un vehículo personal O una persona que transporta a un miembro de la familia que es un cliente de Medicaid usando un vehículo personal
- ITP (Otro): una persona que transporta a clientes de Medicaid que no son de su familia a una cita médica usando un vehículo personal; estas personas deben someterse a una verificación de antecedentes penales

El ITP debe mostrar en la Página de Información del ITP si está solicitando como "Uno mismo" u "Otro". **La información requerida solamente debe proporcionarse para la persona que llevará a cabo el transporte.**

Los documentos terminados y demás artículos requeridos deberán enviarse por correo o fax a:

MTM, Inc.
5151 Mitchelldale Street, Suite A-10
Houston, TX 77092

Fax Número: 844-549-8349
Web Mail: txitp@mtm-inc.net

Por favor, recuerde llamar a MTM al 1-855-687-4786 antes de que su ITP lo lleve a cualquier cita. Se incluye un Registro de Servicio de ITP en el paquete de inscripción. Su ITP debe utilizar este formulario para solicitar el reembolso. Haga copias de este formulario para futuros transportes. El formulario también se puede encontrar en www.mtm-inc.net/texas.

Si usted tiene alguna pregunta sobre este proceso, llame al 1-855-687-4786.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Joel Smith", with a long, sweeping horizontal stroke extending to the right.

Joel Smith
Director del programa



Registro de Servicio de ITP (Formulario de reclamos)

Nombre del cliente:	Teléfono del cliente:	Cliente Medicaid:
	()	
Nombre del ITP:	Teléfono del ITP:	Número de MTI del ITP:
	()	

Viaje nº 1

Desde:	Hacia:	Millas:	Monto:
Desde:	Hacia:	Millas:	Monto:
Número de autorización:	Fecha/hora de la cita:	Total de millas:	Monto total:
NPI del proveedor de atención de salud:	Teléfono del proveedor de atención de salud:	Nombre del proveedor de atención de salud:	
	()		
Certifico que este paciente recibió atención relacionada con un servicio de salud cubierto por Medicaid/CSHCN.	Firma y cargo del proveedor de atención médica:		Fecha de la firma:

Viaje nº 2

Desde:	Hacia:	Millas:	Monto:
Desde:	Hacia:	Millas:	Monto:
Número de autorización:	Fecha/hora de la cita:	Total de millas:	Monto total:
NPI del proveedor de atención de salud:	Teléfono del proveedor de atención de salud:	Nombre del proveedor de atención de salud:	
	()		
Certifico que este paciente recibió atención relacionada con un servicio de salud cubierto por Medicaid/CSHCN.	Firma y cargo del proveedor de atención médica:		Fecha de la firma:

Conductores del ITP: Tenga en cuenta que la cantidad de millas que se pueden reclamar para el reembolso está preimpresa en el formulario.

DECLARACIÓN JURADA: Se certifica que la información anterior es verdadera, exacta y completa. Entiendo que el pago de este reclamo proviene de fondos estatales y federales y que la falsificación u ocultación de un hecho material puede ser llevado a los tribunales de acuerdo con las leyes estatales y federales. Por la presente certifico que este reclamo no contiene declaraciones falsas o falsificaciones deliberadas y que la información que brindo es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. **Declaro que he cumplido con todas las disposiciones del Acuerdo de Participantes de transporte individual cuando brindé los servicios de transporte por los que busco reembolso.**

Firma del Participante de transporte individual (ITP)	Fecha

Todos los formularios se deben enviar a:
 MTM, Inc.
 5151 Mitchelldale Street, Suite A-10
 Houston, TX 77092
 Fax Número: 888-407-0936/Web Mail: txgmr@mtm-inc.net
Nota: Guarde una copia para sus registros

Lista de documentos para la inscripción del Participante en el Transporte Individual (ITP)

Use esta lista para asegurarse de que ha completado y enviado todo lo necesario para inscribirse como un ITP. **No se autorizará ningún viaje hasta que todos los documentos estén aprobados.**

Si necesita ayuda para llenar estos formularios, llame al Centro de Contacto de MTM, Inc. al **1-855-687-4786**

- Una copia de la Hoja de información del ITP completa
(Por favor, llene todo y marque N/A si una pregunta no se aplica a su caso).
- Una copia de la Hoja de información del cliente/ITP completa
- Una copia completada de la Página de Términos y Condiciones
(Por favor firme y feche; Se requiere firma original)
- Una copia de su licencia de manejar vigente y válida
- Una copia de la tarjeta de seguro de automóvil vigente y válida
- Una copia de la matrícula del vehículo y de inspección
- Una copia de su tarjeta de Seguro Social

Importante: El nombre en su licencia de manejar y tarjeta de Seguro Social tiene que ser el mismo.

Reciba su dinero más rápido con la Transferencia Electrónica de Fondos (EFT)

Para que se le pague más rápido con depósito directo a su cuenta bancaria, llene el formulario de notificación de EFT en la página 5 de esta solicitud.

Envíe todos los formularios o fax a MTM, Inc.

MTM, Inc.
5151 Mitchelldale Street, Suite A-10
Houston, TX 77092
Fax Número: 844-549-8349
Web Mail: txitp@mtm-inc.net

Nota: Por favor, guarde una copia para sus archivos.

Hoja de información del ITP

El propósito del formulario es obtener datos para inscribir a un ITP. Tiene que llenar este formulario completamente y firmarlo. Por favor, use tinta negra o azul. Firma original solamente; no se aceptará una firma estampada ni copiada.

Tipo de ITP: Yo mismo/otro:		Número de teléfono: (si necesitamos comunicarnos con usted)	
<input type="checkbox"/> Yo mismo		()	
<input type="checkbox"/> Otro			
<i>Tiene que ser igual al de la licencia de manejar</i> Apellido:		Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Número de Seguro Social: (Por favor, adjunte una copia de la tarjeta).			Fecha de nacimiento:
Número de licencia de manejar:	Fecha de emisión de la licencia:	Fecha de vencimiento de la licencia:	
<i>(Por favor, adjunte una copia de la licencia de manejar).</i>	MM/DD/AAAA	MM/DD/AAAA	
Dirección física: Donde vive usted. (Tiene que dar una dirección física. No se aceptan apartados postales). Número, calle, ciudad, estado y código postal.			
Dirección postal: Número, calle, ciudad, estado y código postal.			
Importante: El nombre en su licencia de manejar y tarjeta de Seguro Social tiene que ser el mismo.			
Información del vehículo y del seguro			
Número de identificación del vehículo (VIN):			Número de placa:
<i>Por favor, dé el VIN del vehículo que se usa para el transporte.</i>			
Póliza de seguro de automóvil:	Fecha de emisión de la póliza:	Fecha de vencimiento de la póliza:	
<i>Por favor, adjunte una copia de la tarjeta de seguro de la aseguradora. El vehículo que se usa para transportar al cliente tiene que figurar en la póliza de seguro.</i>	MM/DD/AAAA	MM/DD/AAAA	



Hoja de información del cliente/ITP

Si usted se transporta a sí mismo o transporta a los miembros de su familia, llene la **Sección 1**; deje la **Sección 2** en blanco.

Si usted transporta a una persona que no sea usted o un miembro de su familia, llene la **Sección 1** y la **Sección 2**.

Sección 1			
Nombre del cliente: <i>(la persona a quien va a transportar)</i>	Núm. de identificación de Medicaid:	FDN del cliente: <i>MM/DD/AAAA</i>	Relación con el ITP:
			<input type="checkbox"/> Es un familiar <input type="checkbox"/> No es un familiar <input type="checkbox"/> Yo mismo

Sección 2 *(Datos personales sobre el ITP)*

¿Está actualmente acusado o se le ha condenado de un delito (excluyendo multas de tránsito de delito menor de clase C)?

- Sí
- No

“Condenado” significa que:

- (a) Un tribunal federal, estatal o local ha dictado sentencia condenatoria contra una persona, sin importar que:
 - (1) Esté pendiente una moción posterior al juicio o una apelación; o
 - (2) Se haya borrado o eliminado la sentencia condenatoria u otros antecedentes relacionados con la conducta delictiva;
- (b) Un tribunal federal, estatal o local ha declarado culpable a una persona;
- (c) Un tribunal federal, estatal o local ha aceptado una declaración de culpabilidad o nolo contendere (no me opongo) de una persona, o

Una persona ha aceptado participar en un programa para delincuentes sin antecedentes, de aplazamiento de la sentencia u otro programa o acuerdo en el cual no se asienta la sentencia condenatoria.

Si contesta “Sí”, dé los detalles completos, entre ellos: la fecha, el estado y el condado donde ocurrió la condena, el número de causa y de qué lo condenaron específicamente. (Adjunte hojas adicionales si es necesario).

Términos y condiciones de participación

Términos y condiciones de participación

1. Antes de que un ITP transporte a un cliente, el cliente tiene que recibir la aprobación de MTM, Inc. para el transporte. El cliente tiene que llamar al 1-855-687-4786 para recibir esta aprobación antes del viaje; de lo contrario, no se le pagará al ITP
2. El cliente tiene que pedirle al doctor que firme el Registro de servicio del ITP y el ITP tiene que firmarlo también.
3. La cantidad del reembolso (pago) del millaje se basa en el millaje calculado por MTM, Inc. usando un sistema reconocido a nivel nacional que determina la distancia más corta del viaje. No se basa en el número de clientes que reciben transporte. Al ITP se le pagará de acuerdo a la tasa de millaje por vehículo, establecida por la legislatura de Texas para los empleados del estado, que esté vigente en el momento del viaje.
4. Todos los pagos a un ITP se reportarán al Servicio de Impuestos Internos (IRS).
5. En cada viaje, el ITP tiene que tener la licencia de manejar, el seguro de vehículo, la inspección del vehículo y el registro del vehículo, válidos y vigentes.
6. La solicitud de pago tiene que presentarse dentro de los 95 días de la fecha del viaje

Certificación:

Certifico que he leído los términos y condiciones para ser un Participante en el Transporte Individual (ITP) y que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que tengo que cumplir con los términos y condiciones de participación y mantener la documentación para respaldar cualquier solicitud de reembolso del millaje y que la HHSC o MTM, Inc. se reserva el derecho de pedir y verificar la documentación que respalda la solicitud.

Firma del Participante en el Transporte Individual (ITP)

Fecha

Transferencia Electrónica de Fondos (EFT)

Para inscribirse para la EFT, complete la sección a continuación y adjunte un cheque cancelado o una carta firmada de su banco con membrete del banco.

Type of Authorization:

Nueva

Cambio

Apellido:

Nombre:

Inicial del segundo nombre:

Dirección:

Calle, ciudad, estado y código postal.

Número de teléfono:

()

Datos bancarios:

Nombre del banco:

Teléfono del banco:

Dirección del banco:

Número de ABA/tránsito (ruta):

Número de cuenta bancaria:

Tipo de cuenta

Marque uno

Cheques

Ahorros

Por la presente autorizo a MTM, Inc. para que presente transacciones de crédito en la cuenta bancaria mencionada antes, y a la institución depositaria nombrada antes para que acredite las mismas a dicha cuenta. Entiendo que soy responsable de la validez de la información en este formulario. Si la empresa erróneamente deposita fondos en mi cuenta, autorizo a la empresa para que presente las transacciones de débito necesarias, que no sobrepasen el total de la cantidad original acreditada.

Entiendo que los pagos solicitados se harán con fondos estatales y federales, y que falsificar u ocultar un dato pertinente puede ser motivo de acción judicial bajo las leyes estatales y federales.

Continuaré manteniendo la confidencialidad de los registros y otra información relacionada con el cliente de acuerdo con las leyes, normas y reglamentos estatales y federales aplicables.

Firma:

Fecha:

***Todos los formularios se deben
enviar a:***

MTM, Inc.

5151 Mitchelldale Street, Suite A-10

Houston, TX 77092

Fax Número: 844-549-8349

Web mail: txitp@mtm-inc.net

Nota: *Guarde una copia para sus registros*