



Registro de viajes en autobús

Llame al 1-844-879-7341 (llamada gratuita)

El registro de viajes en autobús debe ser entregado al Representante de Pases de Autobús de MTM antes de que se emitan pases de autobús para futuros viajes. Es su responsabilidad completar todas las columnas correctamente.

Datos del pasajero	Nombre:	Apellido:	N.º de Medicaid:
	Dirección:		Teléfono:
	Ciudad:	Estado:	C. P.:
Viaje n.º 1	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Ida
	Dirección donde usted comenzó su viaje: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra:		Teléfono del proveedor médico:
	Nombre del proveedor médico:	Dirección del proveedor médico:	
	Certifico que este paciente fue visto por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶	
Viaje n.º 2	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Ida
	Dirección donde usted comenzó su viaje: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra:		Teléfono del proveedor médico:
	Nombre del proveedor médico:	Dirección del proveedor médico:	
	Certifico que este paciente fue visto por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶	
Viaje n.º 3	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Ida
	Dirección donde usted comenzó su viaje: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra:		Teléfono del proveedor médico:
	Nombre del proveedor médico:	Dirección del proveedor médico:	
	Certifico que este paciente fue visto por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶	
Viaje n.º 4	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Ida
	Dirección donde usted comenzó su viaje: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra:		Teléfono del proveedor médico:
	Nombre del proveedor médico:	Dirección del proveedor médico:	
	Certifico que este paciente fue visto por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶	
Viaje n.º 5	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Ida
	Dirección donde usted comenzó su viaje: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra:		Teléfono del proveedor médico:
	Nombre del proveedor médico:	Dirección del proveedor médico:	
	Certifico que este paciente fue visto por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶	
Verifico que la información de este registro de viajes es verdadera.	Firma del Miembro o padre/madre/tutor ▶		MTM 750 Pilot Road, Suite G&H Las Vegas, NV 89119

Viaje n.º 6	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Ida
	Dirección donde usted comenzó su viaje: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra:		Teléfono del proveedor médico:
	Nombre del proveedor médico:	Dirección del proveedor médico:	
	Certifico que este paciente fue visto por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶	
Viaje n.º 7	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Ida
	Dirección donde usted comenzó su viaje: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra:		Teléfono del proveedor médico:
	Nombre del proveedor médico:	Dirección del proveedor médico:	
	Certifico que este paciente fue visto por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶	
Viaje n.º 8	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Ida
	Dirección donde usted comenzó su viaje: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra:		Teléfono del proveedor médico:
	Nombre del proveedor médico:	Dirección del proveedor médico:	
	Certifico que este paciente fue visto por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶	
Viaje n.º 9	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Ida
	Dirección donde usted comenzó su viaje: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra:		Teléfono del proveedor médico:
	Nombre del proveedor médico:	Dirección del proveedor médico:	
	Certifico que este paciente fue visto por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶	
Viaje n.º 10	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Ida
	Dirección donde usted comenzó su viaje: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra:		Teléfono del proveedor médico:
	Nombre del proveedor médico:	Dirección del proveedor médico:	
	Certifico que este paciente fue visto por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶	
Viaje n.º 11	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Ida
	Dirección donde usted comenzó su viaje: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra:		Teléfono del proveedor médico:
	Nombre del proveedor médico:	Dirección del proveedor médico:	
	Certifico que este paciente fue visto por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶	
Viaje n.º 12	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Ida
	Dirección donde usted comenzó su viaje: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra:		Teléfono del proveedor médico:
	Nombre del proveedor médico:	Dirección del proveedor médico:	
	Certifico que este paciente fue visto por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶	

Verifico que la información de este registro de viajes es verdadera.

Firma del Miembro o padre/madre/tutor



MTM
750 Pilot Road, Suite G&H
Las Vegas, NV 89119

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 q; 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 q; 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).