



Registro de viajes para reembolso

Para calificar para el Reembolso de Millas de Gasolina (GMR) o el Reembolso de Comidas, debe recibir un número de identificación de viaje antes de su cita. *Nota: Un número de identificación de viaje por sí solo no garantiza el reembolso.*

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

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

Fax: 1-888-513-1610

Correo electrónico: payme@mtm-inc.net

Ejemplos de una solicitud de viaje

- Viaje de ida: desde su casa hasta la cita.
- Viaje de ida y vuelta: desde su casa hasta la cita y desde ahí de vuelta a su casa.

Para viajes de más paradas, como un viaje adicional desde la primera cita hasta una segunda cita antes de volver a su casa, ingrese cada tramo del viaje en un renglón aparte como el siguiente:

- 1^{er} tramo: desde su casa hasta el primer médico
- 2^{do} tramo: desde el primer médico hasta el segundo médico
- 3^{er} tramo: desde el segundo médico hasta su casa

Antes de la cita

- Debe llamar a MTM el día de su cita médica o antes para recibir un número de identificación de viaje que se requiere para cualquier reembolso.
- Le sugerimos que haga copias de su registro de viajes 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 día de la cita

- Tendrá que escribir el número de identificación de cada viaje en el registro de viajes. 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.
- Si olvida su 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 nuevo registro de viajes, adjunte la nota de su proveedor médico en lugar de la firma.

Después de la cita

- Se debe presentar un registro de viajes para todas las solicitudes de viaje.
- No se pueden procesar formularios incompletos. Completar correctamente este registro de viajes es su responsabilidad.
- Envíe los registros de viajes dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la primera cita.
- Mantenga una copia de su registro de viajes para su registro.
- Una cita puede ser verificada y el pago será negado si MTM no puede verificar que usted fue a la cita.
- **¿Tiene preguntas sobre el proceso de reembolso? Llame al: 1-888-513-0703.**

Información del miembro	Nombre de pila:	Apellido:	N.º de Medicaid:
	Dirección:		Teléfono:
	Ciudad:	Estado:	C. P.:
Información de pago	Hacer la tarjeta de débito de MTM recargada a nombre de:	Relación con el miembro: <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Otra:	Fecha de nacimiento:
	Dirección:		Teléfono:
	Ciudad:	Estado:	C. P.:



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 o vuelta
	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 o vuelta
	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 o vuelta
	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 o vuelta
	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 o vuelta
	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 o vuelta
	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 o vuelta
	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: ▶			

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).