



# Бланк регистрации компенсируемых поездок



Отправьте заполненные бланки и  
информацию о плательщике по почте,  
по факсу или по электронной почте:

MTM: Trip Logs (Бланки регистрации  
поездок)  
16 Hawk Ridge Drive  
Lake St. Louis, MO 63367  
Факс: 1-888-513-1610

Э-почта: [payme@mtm-inc.net](mailto:payme@mtm-inc.net)

**Подайте данное требование как можно скорее!**

**Если не получите платеж в течение 3 недель, просьба обращаться в отдел компенсаций (MTM Reimbursement Team) по тел.1-888-513-0703**

**ПРОПУСТИЛИ СВОЮ ПОЕЗДКУ? Попросите друга или родственника подвезти Вас на следующий назначенный визит.**

## ИНСТРУКЦИИ

1. Перед визитом к врачу позвоните в отдел обслуживания клиентов (MTM Customer Service) по тел. **1-888-828-1254**
2. Сообщите MTM, что Вы знаете кого-то, кто мог бы отвезти Вас к врачу в назначенное время. Сообщите MTM, что Вы хотите, чтобы этому водителю помогли с топливом. Во время этого звонка Вы получите новый **номер поездки**
3. **Запишите** этот номер поездки на обратной стороне этого бланка.
4. **Возьмите данный бланк регистрации поездок с собой к врачу.** Во время визита его нужно будет подписать. Данный документ может подписать Ваш врач, медсестра, терапевт, помощник врача или фельдшер.
  - ✓ Если Вы забыли бланк регистрации поездок дома, попросите врача составить записку на бланке лечебного учреждения. В записке должен быть подтвержден факт Вашего визита к врачу и указана дата визита.
5. Если во время поездки несколько остановок, указывайте каждый раз новый отрезок поездки на обороте данного бланка. Если не хватит места, используйте еще один бланк регистрации поездок. Например,
  - ✓ Поездка № 1 – Поездка из дома к первому врачу
  - ✓ Поездка № 2 – Поездка от первого врача ко второму
  - ✓ Поездка № 3 – Поездка домой от второго врача

## ПОДАЧА ДОКУМЕНТОВ

1. **Соберите все необходимые документы!** После визита, пришлите нам копию следующих документов.
  - ✓ **Заполненный и подписанный** бланк регистрации поездок или подтверждение факта присутствия на приеме у врача на бланке учреждения.
  - ✓ **Водительские права** данного водителя.
  - ✓ **Свидетельство о регистрации автомобиля** данного водителя.
  - ✓ **Свидетельство о страховании автомобиля** данного водителя.
2. **Внимание!** Не забудьте об этих документах, иначе Ваше требование будет отклонено.
3. Отправьте всю документацию в MTM по почте, по факсу или электронной почтой. См. контактную информацию выше.
4. Сохраните копию данного запроса для себя.
5. Если какая-либо информация будет отсутствовать, MTM не возместит затраты Вашему водителю.
6. MTM не будут Вам звонить, чтобы уведомить об отсутствии какой-либо информации.
7. **Важно!** Вся информация должна быть получена в течение **90** дней со дня Вашего визита. **Требования, поданные в MTM с опозданием, не принимаются.**

## ПОЛЕЗНЫЕ СОВЕТЫ ПО ПОВОДУ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ЛЬГОТ

1. MTM может компенсировать не более \$ 0.30 за пройденную милю.
2. Членам не могут быть компенсированы затраты, если они сами были за рулем во время поездки к месту назначения.
3. К месту назначения и обратно Вас должен отвезти друг или родственник.

Распечатайте новый бланк регистрации поездок для следующего назначенного визита на сайте [www.memberportal.net](http://www.memberportal.net) или позвоните в MTM для получения нового бланка

**СТОП! Не забудьте приложить копии страхования автомобиля водителя, свидетельства о регистрации автомобиля и водительские права**

Сведения	Имя:	Фамилия:	Medi-Cal #:
----------	------	----------	-------------

о члене	Адрес:		Телефон:	
	Город:	Страна:	Почтовый индекс:	
Сведения о платеже	Кому перечислить платеж:		Родство с членом: <input type="checkbox"/> Сам <input type="checkbox"/> Иное:	
	Адрес:		Телефон:	
	Город:	Штат:	Почтовый индекс:	
Поездка № 1	Номер поездки (его Вам укажет МТМ):	Назначенный прием Дата:	Время приема:	Вид поездки: <input type="checkbox"/> Туда и обратно <input type="checkbox"/> В один конец
	Адрес, откуда Вас забрали: <input type="checkbox"/> Из дома <input type="checkbox"/> Иное:			Телефон медицинского работника:
	Полное имя медицинского работника:	Адрес медицинского работника:		
	Подтверждаю, что я принял(а) данного пациента для оказания услуги, покрываемой Medicaid.	<b>Подпись и форма обращения к медицинскому работнику:</b> ▶		
Поездка № 2	Номер поездки (его Вам укажет МТМ):	Назначенный прием Дата:	Время приема:	Вид поездки: <input type="checkbox"/> Туда и обратно <input type="checkbox"/> В один конец
	Адрес, откуда Вас забрали: <input type="checkbox"/> Из дома <input type="checkbox"/> Иное:			Телефон медицинского работника:
	Полное имя медицинского работника:	Адрес медицинского работника:		
	Подтверждаю, что я принял(а) данного пациента для оказания услуги, покрываемой Medicaid.	<b>Подпись и форма обращения к медицинскому работнику:</b> ▶		
Поездка #3	Номер поездки (его Вам укажет МТМ):	Назначенный прием Дата:	Время приема:	Вид поездки: <input type="checkbox"/> Туда и обратно <input type="checkbox"/> В один конец
	Адрес, откуда Вас забрали: <input type="checkbox"/> Из дома <input type="checkbox"/> Иное:			Телефон медицинского работника:
	Полное имя медицинского работника:	Адрес медицинского работника:		
	Подтверждаю, что я принял(а) данного пациента для оказания услуги, покрываемой Medicaid.	<b>Подпись и форма обращения к медицинскому работнику:</b> ▶		
Данная форма заполнена мною. Подтверждаю подлинность информации, указанной в данном бланке регистрации поездок.		<b>Подпись члена, родителя/опекуна или представителя:</b> ▶		