



Registro de viajes para reembolso



Envíe por correo postal o electrónico, o por fax, los registros completados y la información del beneficiario a:

MTM: Registros de viajes
16 Hawk Ridge Drive
Lake St. Louis, MO 63367
Fax: 1-888-513-1610

Correo electrónico: payme@mtm-inc.net

**¡Envíe este reclamo lo más pronto posible!
Llame al equipo de reembolso de MTM al 1-888-513-0703 si no recibe el pago en un plazo de 3 semanas**

¿PERDIÓ SU VIAJE? Pídale a un miembro de su familia que lo transporte a su próxima cita.

INSTRUCCIONES

1. Llame a servicio al cliente de MTM al **1-888-828-1254** antes de su cita médica.
2. Dígame a MTM que usted conoce a alguien que puede transportarlo a su cita médica. Dígame a MTM que usted desea que el conductor obtenga ayuda con la gasolina. Recibirá un nuevo **número de viaje** durante este llamada.
3. **Anote** el número de viaje al dorso de este formulario.
4. **Lleve este registro de viajes a su próxima cita.** Pida que se lo firmen durante su consulta. Su médico, enfermera, terapeuta, asistente médico o enfermera profesional puede firmar este documento.
 - ✓ Si olvida en casa este registro de viajes, pídale a su médico una nota que lleve el membrete del consultorio. La nota debe indicar que usted fue atendido en el consultorio y la fecha de la cita.
5. En el caso de viajes con bastantes paradas, complete al dorso de este formulario una sección de viajes nuevos en cada parada. Añada más registros de viajes si necesita más espacio. Por ejemplo:
 - ✓ Viaje N.º 1 – Viaje desde su casa al primer médico
 - ✓ Viaje N.º 2 – Viaje desde el primer médico al segundo médico
 - ✓ Viaje N.º 3 – Viaje desde el segundo médico a su casa

CÓMO ENVIAR SU DOCUMENTACIÓN

1. **¡Reúna toda su documentación!** Después de su consulta, envíenos una copia de los siguientes documentos:
 - ✓ Este **registro de viajes** completado y firmado o una verificación de la asistencia con membrete del consultorio.
 - ✓ La **licencia de conducir** del conductor.
 - ✓ El **registro del vehículo** del conductor.
 - ✓ **Prueba del seguro del vehículo** del conductor.
2. **¡Advertencia!** No olvide ninguno de estos documentos, de lo contrario podría denegarse este reclamo.
3. Envíe su documentación por correo postal o electrónico, o por fax, a MTM. Vea la información de contacto en el recuadro superior.
4. Guarde una copia de esta solicitud en sus archivos.
5. MTM no hará reembolsos a su conductor si falta alguna información.
6. MTM no lo llamará si falta alguna información.
7. **¡Importante!** Toda la información deberá recibirse en un plazo de **90 días** a partir de su consulta. **MTM no aceptará reclamos tardíos.**

CONSEJOS SOBRE SU BENEFICIO

1. MTM podrá reembolsarle hasta \$0.30 por milla viajada.
2. No puede reembolsarse a los miembros que se transporten a sí mismos a las citas.
3. Debe pedirle a un amigo o a un miembro de su familia que lo transporte a su cita o desde el lugar de su cita.

Imprima un nuevo registro de viajes para su próxima cita en www.memberportal.net o llame a MTM para pedir un nuevo formulario

¡ALTO! No olvide adjuntar copias del seguro del vehículo, del registro del vehículo y de la licencia de conducir del conductor

Información del miembro	Nombre:	Apellido:	N.º de Medi-Cal:	
	Dirección:		Teléfono:	
	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Información de pago	Efectuar el pago a:	Relación con el miembro: <input type="checkbox"/> Él/Ella mismo(a) <input type="checkbox"/> Otro:		Fecha de nacimiento:
	Dirección:			Teléfono:
	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Viaje N.º 1	Número del viaje (MTM se lo dará):	Cita Fecha:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Viaje de ida y vuelta <input type="checkbox"/> Viaje en un solo sentido (ida o vuelta)
	Dirección en la que se le recogió: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro:			Teléfono del proveedor de atención médica:
	Nombre del proveedor de atención médica:	Dirección del proveedor de atención médica:		
	Doy fe de que este paciente recibió consulta por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶		
Viaje N.º 2	Número del viaje (MTM se lo dará):	Cita Fecha:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Viaje de ida y vuelta <input type="checkbox"/> Viaje en un solo sentido (ida o vuelta)
	Dirección en la que se le recogió: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro:			Teléfono del proveedor de atención médica:
	Nombre del proveedor de atención médica:	Dirección del proveedor de atención médica:		
	Doy fe de que este paciente recibió consulta por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶		
Viaje N.º 3	Número del viaje (MTM se lo dará):	Cita Fecha:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Viaje de ida y vuelta <input type="checkbox"/> Viaje en un solo sentido (ida o vuelta)
	Dirección en la que se le recogió: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro:			Teléfono del proveedor de atención médica:
	Nombre del proveedor de atención médica:	Dirección del proveedor de atención médica:		
	Doy fe de que este paciente recibió consulta por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	Firma y cargo del proveedor de atención médica: ▶		
Yo completé este formulario. Verifico que la información que aparece en este registro de viajes es verdadera.		Firma del miembro/padre/madre/tutor legal o representante: ▶		