|  |  |
| --- | --- |
| http://www.mtm-inc.net/wp-content/uploads/2018/11/mtm-logo-500-x-207.jpg | **Registro de reembolsos** |
| **Instrucciones:** | **Los registros completados por correo electrónico, fax o correo a:****Correo**: payme@mtm-inc.net**Fax**: 1-888-513-1610MTM, Atención: Trip Logs16 Hawk Ridge Dr.Lake St. Louis, MO 63367 |
| * Debe llamar a MTM el día de su cita médica o antes. El número al que debe llamar se encuentra en el reverso de su tarjeta o llamando a servicios para miembros. Recibirá un número de viaje durante esta llamada. Deberá anotar el número en este registro de viajes. Para recibir un reembolso, debe enviar un registro de viaje para todas las solicitudes de viaje.
* Envíe registros de viaje no más de 60 días después de la fecha de la primera cita.
* Cualquier profesional de la salud en el centro debe firmar el registro de viaje. Esto incluye enfermeras, terapeutas, asistentes médicos o enfermeras practicantes. No tiene que ser el médico.
* Le sugerimos que haga copias de su registro de viajes de reembolso en blanco. Si necesita una copia nueva de este formulario, puede descargar este formulario en www.memberportal.net, o puede llamar y solicitar que se le envíe uno por correo.
* Un viaje de ida es desde su casa hasta la cita. Un viaje de ida y vuelta es desde su casa hasta la cita y luego de regreso a casa. Para viajes con más paradas, como un viaje adicional desde la primera cita hasta una segunda cita antes de regresar a casa, ingrese cada tramo del viaje en una línea separada, por ejemplo:1st leg- home to first doctor
	+ Segunda etapa: de primer médico a segundo medico
	+ Tercera etapa: segundo médico a casa
* Los formularios incompletos no se pueden procesar. Es su responsabilidad completar este formulario correctamente.
* Guarde una copia de su registro de viajes para sus registros.
* **¿Tiene preguntas sobre el proceso de reembolso?** Por favor llame: **1-888-513-0703.**
 |
| **Información del miembro** | Nombre: | Apellidos: | Medicaid #: |
| Domicilio: | Teléfono: |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| **Pago** **Información** | Realizar el pago a: | Relación con el miembro:[ ]  Mismo [ ]  Otro:  | Fecha de nacimiento: |
| Domicilio: | Teléfono: |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |

OHP-UHA-21-027

|  |  |
| --- | --- |
| mtm-bnw-logo-500-x-207 | **Registro de reembolsos (continuación)** |
| **Viaje #1** | Número de viaje (llame a MTM para ello antes de su viaje):  | Fecha de cita: | Hora de cita: | Tipo:[ ]  Ida y vuelta [ ]  Solo ida  |
| Dirección inicial:[ ]  Casa [ ]  Otro:  | Teléfono del proveedor sanitario: |
| Nombre del proveedor de atención médica:  | Dirección de destino: |
| Certifico que este paciente fue atendido para un servicio de salud cubierto por Medicaid. | **Firma y título del proveedor de atención médica:**► |
| **Viaje #2** | Número de viaje (llame a MTM para ello antes de su viaje):  | Fecha de cita: | Hora de cita:  | Tipo:[ ]  Ida y vuelta [ ]  Solo ida  |
| Dirección inicial:[ ]  Casa [ ]  Otro:  | Teléfono del proveedor sanitario: |
| Nombre del proveedor de atención médica: | Dirección de destino: |
| Certifico que este paciente fue atendido para un servicio de salud cubierto por Medicaid. | **Firma y título del proveedor de atención médica:**► |
| **Viaje #3** | Número de viaje (llame a MTM para ello antes de su viaje):  | Fecha de cita: | Hora de cita:  | Tipo:[ ]  Ida y vuelta [ ]  Solo ida  |
| Dirección inicial:[ ]  Casa [ ]  Otro:  | Teléfono del proveedor sanitario: |
| Nombre del proveedor de atención médica: | Dirección de destino: |
| Certifico que este paciente fue atendido para un servicio de salud cubierto por Medicaid. | **Firma y título del proveedor de atención médica:**► |
| **Viaje #4** | Número de viaje (llame a MTM para ello antes de su viaje):  | Fecha de cita: | Hora de cita:  | Tipo:[ ]  Ida y vuelta [ ]  Solo ida  |
| Dirección inicial:[ ]  Casa [ ]  Otro:  | Teléfono del proveedor sanitario: |
| Nombre del proveedor de atención médica: | Dirección de destino: |
| Certifico que este paciente fue atendido para un servicio de salud cubierto por Medicaid. | **Firma y título del proveedor de atención médica:**► |
| **Viaje #5** | Número de viaje (llame a MTM para ello antes de su viaje):  | Fecha de cita: | Hora de cita:  | Tipo:[ ]  Ida y vuelta [ ]  Solo ida  |
| Dirección inicial:[ ]  Casa [ ]  Otro:  | Teléfono del proveedor sanitario: |
| Nombre del proveedor de atención médica: | Dirección de destino: |
| Certifico que este paciente fue atendido para un servicio de salud cubierto por Medicaid. | **Firma y título del proveedor de atención médica:**► |
| **Viaje #6** | Número de viaje (llame a MTM para ello antes de su viaje):  | Fecha de cita: | Hora de cita:  | Tipo:[ ]  Ida y vuelta [ ]  Solo ida  |
| Dirección inicial:[ ]  Casa [ ]  Otro:  | Teléfono del proveedor sanitario: |
| Nombre del proveedor de atención médica: | Dirección de destino: |
| Certifico que este paciente fue atendido para un servicio de salud cubierto por Medicaid. | **Firma y título del proveedor de atención médica:**► |
|  |  |  |  |  |
| **Viaje #7** | Número de viaje (llame a MTM para ello antes de su viaje):  | Fecha de cita: | Hora de cita:  | Tipo:[ ]  Ida y vuelta [ ]  Solo ida  |
| Dirección inicial:[ ]  Casa [ ]  Otro:  | Teléfono del proveedor sanitario: |
| Nombre del proveedor de atención médica: | Dirección de destino: |
| Certifico que este paciente fue atendido para un servicio de salud cubierto por Medicaid. | **Firma y título del proveedor de atención médica:**► |
|  |
| He completado este formulario y verifico que la información de este registro de viaje sea verdadera. | **Firma del miembro, padre/tutor legal o representante:**► |

Puede obtener esta carta en otro idioma, formato, letra grande o servicios de interpretación sin costo para usted. Llame al 541-229-4842 (TTY 711).

You can get this letter in another language, format, large print, or interpretation services at no cost to you. Call 541-229-4842 (TTY 711).

500 SE Cass Ave – Suite 101 ⎪ Roseburg OR 97470 ⎪ 541-229-4842