Registro de viajes para reembolso

home state health | Show Me Healthy Kids — MANAGED BY HOME STATE HEALTH

Envíe los registros completados por correo electrónico, fax o correo postal a:

Correo electrónico: payme@mtm-inc.net

Fax: 1-888-513-1610

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

Instrucciones

- Debe llamar a MTM el día de su cita médica o antes. El número al que debe llamar es 1-866-269-5927. Durante esta llamada, recibirá un número de viaje. Deberá anotar el número en este registro de viajes para reembolso. Para recibir el reembolso, debe presentar un registro de viajes para reembolso por todas las solicitudes de viaje.
- Presente los registros de viajes para reembolso dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la primera cita.
- Un profesional de atención de salud en el centro debe firmar este registro de viajes para reembolso. Esto incluye personal de enfermería, terapeutas, asociados médicos o personal de enfermería con práctica médica. No es necesario que lo firme el médico.
- Le sugerimos que haga copias de sus registros de viajes para reembolso en blanco. Si necesita una nueva copia de este formulario, puede descargarlo en www.memberportal.net, o puede llamar para solicitar que se le envíe por correo.
- Un viaje de ida es desde su hogar hasta la cita. Un viaje de ida y vuelta es desde su hogar a la cita y luego de vuelta a su hogar. Para viajes con más paradas, anote cada tramo del viaje en una línea distinta, por ejemplo:
  - » 1.er tramo - viaje desde su casa hasta el primer médico
  - » 2.º tramo - viaje desde el primer médico hasta el segundo médico
  - » 3.er tramo - viaje desde el segundo médico hasta su casa
- No se pueden procesar formularios incompletos. Es su responsabilidad completar este formulario correctamente.
- Guarde una copia de su registro de viajes para reembolso para sus archivos.

¿Tiene preguntas sobre el proceso de reembolso? Llame a MTM al **1-888-513-0703** o a su plan de salud:

Home State Health: **1-855-694-4663**, TTY: 711 ▪ Show Me Healthy Kids: **1-877-236-1020**, TTY: 711.

Información de la persona participante	Nombre:	Apellido:	N.º de MO HealthNet:
	Dirección:		Teléfono:
	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Información de pago	Pagar a:	Relación con la persona participante: ☐ La misma persona ☐ Otra:	Fecha de nacimiento:
	Dirección:		Teléfono:
	Ciudad:	Estado:	Código postal:

El reembolso por millaje de gasolina está sujeto a limitaciones y a la aprobación de Home State Health/Show Me Healthy Kids.

Registro de viajes para reembolso revisado en agosto de 2020. Esta comunicación contiene información confidencial y es para uso exclusivo del destinatario previsto. Puede contener información privilegiada y exenta de divulgación conforme a la ley aplicable. Si usted no es el destinatario previsto de esta comunicación, tenga en cuenta que está estrictamente prohibida cualquier divulgación, copia, distribución o uso no autorizado de esta comunicación. Además, notifique a MTM al **1-888-561-8747** y devuelva la comunicación a la dirección de origen. Si usted o la persona a quien asiste tiene preguntas sobre MTM, tiene derecho a pedir ayuda e información en su idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al **1-888-561-8747.**

MTM

Registro de reembolso (continuación)

Viaje n.º 1	Número de viaje (llame a MTM para obtenerlo antes de su viaje):	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: ☐ Ida y vuelta ☐ Solo ida
	Dirección de partida: ☐ Casa ☐ Otra:			Teléfono del proveedor de atención de salud:
	Nombre del proveedor de atención de salud:	Dirección de destino:		
	Certifico que se atendió a este(a) paciente por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	**Firma y cargo del proveedor de atención de salud:** ▶		
Viaje n.º 2	Número de viaje (llame a MTM para obtenerlo antes de su viaje):	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: ☐ Ida y vuelta ☐ Solo ida
	Dirección de partida: ☐ Casa ☐ Otra:			Teléfono del proveedor de atención de salud:
	Nombre del proveedor de atención de salud:	Dirección de destino:		
	Certifico que se atendió a este(a) paciente por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	**Firma y cargo del proveedor de atención de salud:** ▶		
Viaje n.º 3	Número de viaje (llame a MTM para obtenerlo antes de su viaje):	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: ☐ Ida y vuelta ☐ Solo ida
	Dirección de partida: ☐ Casa ☐ Otra:			Teléfono del proveedor de atención de salud:
	Nombre del proveedor de atención de salud:	Dirección de destino:		
	Certifico que se atendió a este(a) paciente por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	**Firma y cargo del proveedor de atención de salud:** ▶		
Viaje n.º 4	Número de viaje (llame a MTM para obtenerlo antes de su viaje):	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: ☐ Ida y vuelta ☐ Solo ida
	Dirección de partida: ☐ Casa ☐ Otra:			Teléfono del proveedor de atención de salud:
	Nombre del proveedor de atención de salud:	Dirección de destino:		
	Certifico que se atendió a este(a) paciente por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	**Firma y cargo del proveedor de atención de salud:** ▶		
Viaje n.º 5	Número de viaje (llame a MTM para obtenerlo antes de su viaje):	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: ☐ Ida y vuelta ☐ Solo ida
	Dirección de partida: ☐ Casa ☐ Otra:			Teléfono del proveedor de atención de salud:
	Nombre del proveedor de atención de salud:	Dirección de destino:		
	Certifico que se atendió a este(a) paciente por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	**Firma y cargo del proveedor de atención de salud:** ▶		
Viaje n.º 6	Número de viaje (llame a MTM para obtenerlo antes de su viaje):	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: ☐ Ida y vuelta ☐ Solo ida
	Dirección de partida: ☐ Casa ☐ Otra:			Teléfono del proveedor de atención de salud:
	Nombre del proveedor de atención de salud:	Dirección de destino:		
	Certifico que se atendió a este(a) paciente por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	**Firma y cargo del proveedor de atención de salud:** ▶		
Viaje n.º 7	Número de viaje (llame a MTM para obtenerlo antes de su viaje):	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: ☐ Ida y vuelta ☐ Solo ida
	Dirección de partida: ☐ Casa ☐ Otra:			Teléfono del proveedor de atención de salud:
	Nombre del proveedor de atención de salud:	Dirección de destino:		
	Certifico que se atendió a este(a) paciente por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	**Firma y cargo del proveedor de atención de salud:** ▶		

Completé este formulario y verifico que la información de este registro de viajes es verdadera.	**Firma de la persona participante, del padre o la madre/tutor legal, o del representante:** ▶

El reembolso por millaje de gasolina está sujeto a limitaciones y a la aprobación de Home State Health/Show Me Healthy Kids.

Registro de viajes para reembolso revisado en agosto de 2020. Esta comunicación contiene información confidencial y es para uso exclusivo del destinatario previsto. Puede contener información privilegiada y exenta de divulgación conforme a la ley aplicable. Si usted no es el destinatario previsto de esta comunicación, tenga en cuenta que está estrictamente prohibida cualquier divulgación, copia, distribución o uso no autorizado de esta comunicación. Además, notifique a MTM al **1-888-561-8747** y devuelva la comunicación a la dirección de origen. Si usted o la persona a quien asiste tiene preguntas sobre MTM, tiene derecho a pedir ayuda e información en su idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al **1-888-561-8747.**