



Safe, Timely Rides to Healthcare Appointments

Registro de servicio del participante en el transporte individual (ITP)

| | | | |
|---|---|---|-----------------|
| *Nombre del cliente: | Teléfono del cliente: | *Núm. de Medicaid del cliente: | |
| | () | | |
| *Nombre del ITP: | Teléfono del ITP: | *Número ITP MTI: | |
| | () | | |
| Viaje #1 | | | |
| De: | A: | Millas: | Cantidad: |
| | | | |
| De: | A: | Millas: | Cantidad: |
| | | | |
| *Número de autorización: | *Fecha/hora de la cita: | Total de millas: | Cantidad total: |
| | | | |
| NPI del proveedor de atención médica: | Teléfono del proveedor de atención médica: | *Nombre del proveedor de atención médica: | |
| | () | | |
| Certifico que se atendió a este paciente para brindarle un servicio de atención médica cubierto por Medicaid/CSHCN. | *Firma y título del proveedor de atención médica: | *Fecha en que se firmó: | |
| | ▀ | | |
| Viaje #2 | | | |
| De: | A: | Millas: | Cantidad: |
| | | | |
| De: | A: | Millas: | Cantidad: |
| | | | |
| *Número de autorización: | *Fecha/hora de la cita: | *Total de millas: | Cantidad total: |
| | | | |
| NPI del proveedor de atención médica: | Teléfono del proveedor de atención médica: | *Nombre del proveedor de atención médica: | |
| | () | | |
| Certifico que se atendió a este paciente para brindarle un servicio de atención médica cubierto por Medicaid/CSHCN. | *Firma y título del proveedor de atención médica: | *Fecha en que se firmó: | |
| | ▀ | | |

Conductores del ITP: Para procesar su solicitud de pago de millaje, asegúrese de llenar los campos con un asterisco (*). Tenga en cuenta que el millaje permitido que se puede reclamar para ser reembolsado ha sido calculado por la organización de transporte administrada utilizando una aplicación en línea de millaje.

DECLARACIÓN JURADA: Esto es para certificar que la información anterior es verdadera, exacta y completa. Entiendo que el pago de esta solicitud se hará con fondos estatales y federales, y que falsificar u ocultar un dato pertinente puede ser motivo de acción judicial bajo las leyes estatales y federales. Por la presente certifico que esta solicitud de pago no contiene declaración dolosa ni falsificación alguna y que la información que he dado es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. **Certifico que he cumplido con todas las condiciones del Acuerdo del Participante en el Transporte Individual durante la prestación del servicio de transporte para el cual estoy solicitando reembolso.**

* Firma del Participante en el Transporte Individual (ITP)*

Fecha

Nota: Guarde una copia para sus archivos. Todos los formularios deben enviarse por correo a:

MTM, Inc.

16 Hawk Ridge Dr.

Lake St. Louis, MO 63367

Fax Number: 888-407-0936/Web Mail: txgmr@mtm-inc.net