

Formulario de reembolso de millas

Este formulario se puede utilizar para solicitar un reembolso por llevar a un miembro de TCHP a una cita de atención médica. Este formulario se puede utilizar para hasta 5 citas médicas de reembolso de millas desde la dirección particular del Miembro hasta un único centro médico. MTM debe recibir el formulario completo por correo postal, correo electrónico o fax dentro de los 30 días posteriores a la primera cita médica que figura en el formulario. El millaje se reembolsará según las tarifas de millaje actuales del IRS. Se utilizará Google Maps para determinar la distancia entre la ubicación de origen y de destino. El pago se enviará al miembro o al conductor documentado dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la solicitud de reembolso.

INFORMACIÓN DE MIEMBRO				
Nombre:		Apellido:		
Identificación de Medicaid:		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):		
Número de teléfono:	Dirección de casa:		Ciudad:	
Estado:	Código postal:	Relación del conductor con el miembro:		
INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR				
Nombre:		Apellido:		Número de teléfono:
Dirección de correo electrónico:		Dirección postal:		
Ciudad:		Estado:	Código postal:	
Número de licencia de conducir:		Estado emisor:	Fecha de caducidad:	
INFORMACIÓN DEL TRANSPORTE				
Día de la consulta (MM/DD/AAAA):	Hora de la consulta: ____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Dirección de inicio: <input type="checkbox"/> Hogar		Dirección del proveedor médico: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Una vía
Nombre del proveedor/centro médico:		Número de teléfono:	Firma del proveedor médico autorizado:	Nombre del proveedor médico en imprenta:
Día de la consulta (MM/DD/AAAA):	Hora de la consulta: ____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Dirección de inicio: <input type="checkbox"/> Hogar		Dirección del proveedor médico: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Una vía
Nombre del proveedor/centro médico:		Número de teléfono:	Firma del proveedor médico autorizado:	Nombre del proveedor médico en imprenta:
Día de la consulta (MM/DD/AAAA):	Hora de la consulta: ____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Dirección de inicio: <input type="checkbox"/> Hogar		Dirección del proveedor médico: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Una vía
Nombre del proveedor/centro médico:		Número de teléfono:	Firma del proveedor médico autorizado:	Nombre del proveedor médico en imprenta:
Día de la consulta (MM/DD/AAAA):	Hora de la consulta: ____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Dirección de inicio: <input type="checkbox"/> Hogar		Dirección del proveedor médico: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Una vía
Nombre del proveedor/centro médico:		Número de teléfono:	Firma del proveedor médico autorizado:	Nombre del proveedor médico en imprenta:
Día de la consulta (MM/DD/AAAA):	Hora de la consulta: ____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Dirección de inicio: <input type="checkbox"/> Hogar		Dirección del proveedor médico: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Una vía
Nombre del proveedor/centro médico:		Número de teléfono:	Firma del proveedor médico autorizado:	Nombre del proveedor médico en imprenta:

Certificación del conductor:

Sí o No ___ cumplo con todas las leyes, ordenanzas y regulaciones públicas aplicables a los conductores y a los vehículos que uso.

Sí o No ___ Al momento del traslado, mi licencia de conducir no estaba restringida ni suspendida.

Entiendo que si he proporcionado información falsa o no he revelado información intencionalmente, puedo estar sujeto a un proceso penal, civil o ambos. Declaro bajo pena de perjurio según las leyes de los Estados Unidos de América y el Estado de Texas que la información de transporte indicada anteriormente es verdadera y correcta. Por la presente certifico que la información de transporte indicada anteriormente cumple con las políticas y procedimientos de MTM.

Firma del conductor

Fecha

Nombre del conductor en imprenta

Firma del miembro

Fecha

Nombre del miembro en imprenta

Por favor envíe los formularios completos por correo electrónico, correo postal o fax:

Correo electrónico: txgmr@mtm-inc.net

Fax: 888-407-0936

Correo postal: MTM
Atte: Reembolso de millas
16 Hawk Ridge Circle
Lake St. Louis, MO 63367