



Health

**Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa**

MTM Health

3210 Dyer

El Paso, Texas 79930

**Formulario de solicitud de comidas y alojamiento de MTM Health Iowa Medicaid**

Este formulario debe ser llenado por cada viaje para el que se requiera reembolso de comida y/o alojamiento. No se reembolsarán las solicitudes con información incompleta hasta que se reciba toda la información requerida. Es necesario incluir los recibos de todos los gastos de comida y alojamiento. Los importes de los reembolsos se especifican en la Política de reembolso de comidas y alojamiento de Iowa Total Care Medicaid. El reembolso por millaje se enviará por separado del reembolso de las comidas y alojamiento. El millaje se calcula según la distancia más corta calculada por MapQuest.

**Información del miembro / viaje:**

Identificación de Medicaid:

Identificación de conf. del viaje:

Nombre del miembro:

Nombre del beneficiario:

Dirección del beneficiario:

Ciudad del beneficiario:

Estado del beneficiario:

Código postal del beneficiario:

Nombre del asistente:

**Información del alojamiento:**

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Nombre del alojamiento:

Teléfono:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Costo por noche:

**Información del proveedor de servicios médicos:**

Nombre:

Teléfono:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

**Cantidad de comidas:**

Comida	Cuenta	Costo
Desayuno		
Almuerzo		
Cena		

**¿El miembro está hospitalizado?** **¿Periodo de tiempo?** **Firma del miembro:** **Fecha:**

**Debe ser llenado por el doctor/proveedor de servicios médico:**

Al firmar a continuación, confirmo que el padecimiento y/o el tratamiento del miembro requiere que este (y, si corresponde, el asistente) incurran en gastos adicionales para comidas y/o alojamiento nocturno.

Nombre del doctor / proveedor de servicios médicos: \_\_\_\_\_  
(en letra de molde)

Nombre del doctor / proveedor de servicios médicos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Firma)

Núm. de identificador nacional de proveedor (NPI, por sus siglas en inglés) del proveedor de Iowa  
Medicaid: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Certifico que los padecimientos médicos del miembro arriba mencionado requieren que un asistente lo acompañe durante sus citas. \_\_\_\_\_  
(Firma)

Llenar y regresar por correo postal a MTM Health, 3210 Dyer, El Paso, Texas 79930 o por fax al 1-877-406-0658.

Si tiene preguntas, llame al 1-877-271-4819 durante el horario habitual de oficina en horario estándar del centro (CST, por sus siglas en inglés).