

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:

Comida	Cuenta	Costo
Desayuno		
Almuerzo		
Cena		

¿El miembro está hospitalizado? _____

¿Periodo de tiempo? _____

Fecha: _____

Firma del miembro: _____

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
acompañé 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).