



Iowa Department of Health and Human Services
 Access2Care LLC
 525 SW 5th Street, Suite E
 Des Moines, IA 50309-4501

Formulario de solicitud de comidas y alojamiento de Iowa Total Care Medicaid

Este formulario debe completarse por cada viaje para el que requiera reembolso de comida o alojamiento. Se rechazarán los formularios de solicitud de reembolso con información incompleta hasta que se reciba toda la información requerida. Es necesario incluir todos 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 kilometraje se enviará por separado del reembolso de las comidas y el alojamiento. El kilometraje se calcula como la distancia más corta calculada por MapQuest.

Información de miembro/viaje:

Id de Medicaid:

No. de Id de conf. de viaje:

Nombre del miembro:

Nombre del beneficiario:

Dirección del beneficiario:

Ciudad del beneficiario:

Estado del beneficiario:

Código postal del beneficiario:

Nombre del asistente:

Información de 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? _____

¿Período de tiempo? _____

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Debe ser completado por el médico/profesional médico:

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

Nombre del médico/proveedor de servicios médicos: _____
(con letra de molde)

Nombre del médico/proveedor de servicios médicos: _____ Fecha: _____
(Firma)

No. de NPI del proveedor de Iowa Medicaid: _____ Otro: _____

Certifico que las condiciones médicas del miembro arriba mencionado requieren que un asistente lo acompañe durante sus citas.

(Firma)

Sírvase completar y devolver a Access2Care, 525 SW 5th Street, Suite E., Des Moines, IA 50309-4501 o envíe por fax al: 1-866-584-7601. Si tiene preguntas, llame al 1-844-521-9948 durante el horario de atención.