

## Formulario de registro de conductor para el reembolso de millas

Este formulario se puede utilizar para solicitar un reembolso por llevar a un miembro de Texas Children's Health Plan hacia y desde sus consultas médicas. MTM debe recibir el formulario completo por correo postal, correo electrónico o fax dentro de 30 días posteriores a la consulta médica que figura en el formulario. El formulario debe completarse en su totalidad para recibir el pago.

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR (Adjunte fotocopia de la licencia de conducir.)		
Nombre	Apellido	
Dirección de correo electrónico	Número de teléfono	
Número de licencia de conducir	Fecha de caducidad	Estado emisor
Relación con el miembro <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Miembro de la familia <input type="checkbox"/> Otro _____		

INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO (Adjunte una copia de su tarjeta de seguro y registro del vehículo. El vehículo que se registra debe estar en la póliza de seguro.)		
Número de póliza de seguro de automóvil	Fecha de emisión de la póliza	Fecha de vencimiento de la póliza
Número de identificación del vehículo (VIN)	Número de placa	

INFORMACIÓN DE PAGO (Seleccione solo una opción de pago.)		
<input type="checkbox"/> Depósito directo *RECOMENDADO (Espere recibir el pago en 1 a 2 semanas.)		
Nombre del titular de la cuenta	Tipo de cuenta bancaria <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros <input type="checkbox"/> Cuenta corriente	
Número de ruta	Número de cuenta	
<input type="checkbox"/> Cheque físico (espere recibir el pago enviado a su dirección postal en 4 a 6 semanas.)		
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal

### Documentos requeridos:

- Una copia de su licencia de conducir vigente y válida
- Una copia de su tarjeta de seguro de automóvil vigente y válida
- Una copia del registro de su vehículo

**Formulario de registro de conductor para el reembolso de millas*****Términos y condiciones de participación***

1. Antes de llevar a un miembro de Medicaid a su consulta, el miembro primero debe obtener la aprobación de MTM para el transporte. El miembro puede programar su traslado llamando a MTM al (888) 401-0170, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
2. En la consulta, el médico sellará o firmará el Formulario de Reembolso de Millas.
3. Usted recibirá un pago de reembolso de millas por cada traslado de ida y vuelta, incluso si conduce a más de un miembro.
4. MTM utilizará un programa de computadora para determinar la distancia más corta en millas que debe tomar su traslado. El monto de su pago de reembolso de gasolina se basa en este cálculo de millaje. Se le pagará por milla. La tarifa de pago por milla se basa en la tarifa de milla actual para los empleados estatales. Esta tasa la establece la Legislatura de Texas.
5. MTM reportará todos los pagos a los conductores al Servicio de Impuestos Internos (IRS).
6. Usted debe mantener una licencia de conducir, un seguro de automóvil, una inspección y un registro del vehículo vigentes y válidos para permanecer inscrito en el programa.
7. El Formulario de reembolso de millas completo debe enviarse dentro de 30 días siguientes a la fecha en que usted trasladó al miembro. Los formularios recibidos después de esta fecha límite no se pagarán. *Por ejemplo, si el traslado se realizó el 1 de enero, MTM debe **recibir** el formulario a más tardar el 31 de enero.*

**Atestación:**

*Al firmar a continuación, prometo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. He leído los términos y condiciones anteriores. Entiendo que debo obedecer estos términos y condiciones para participar en el programa.*

*Entiendo que debo conservar mis propias copias de toda la documentación para respaldar cualquier reclamo de reembolso de millas. Entiendo que Texas Children's Health Plan y MTM tienen derecho a revisar cualquier reclamo de reembolso de millas para asegurarse de que se pueda pagar. También tienen derecho a solicitarme más información sobre cualquier traslado enviado para reembolso.*

---

Firma del conductor para el reembolso de millas

---

Fecha

**Por favor envíe por correo el formulario original con su firma a MTM.  
Guarde una copia para sus registros. Usted puede enviar formularios completos por correo electrónico, fax o correo postal:**  
**Correo electrónico:** txgmr@mtm-inc.net  
**Fax:** 888-407-0936  
**Correo:** MTM, Atte: Reembolso de millas  
16 Hawk Ridge Circle  
Lake St. Louis, MO 63367