

Registro de servicio del ITP —Forma 3103

Nombre del cliente:	Teléfono del cliente: ()	Núm. de Medicaid del cliente:	
Nombre del ITP:	Teléfono del ITP: ()	Número de licencia de manejar:	
Viaje #1			
De:	A:	Millas:	Cantidad:
De:	A:	Millas:	Cantidad:
Número de autorización:	Fecha/hora de la cita:	Total de millas:	Cantidad total:
NPI del proveedor de atención médica:	Teléfono del proveedor de atención médica: ()	Nombre del proveedor de atención médica:	
Certifico que se atendió a este paciente para brindarle un servicio de atención médica cubierto por Medicaid/CSHCN.	Firma y título del proveedor de atención médica:	Fecha en que se firmó:	
	➡		
Viaje #2			
De:	A:	Millas:	Cantidad:
De:	A:	Millas:	Cantidad:
Número de autorización	Fecha/hora de la cita:	Total de millas:	Cantidad total:
NPI del proveedor de atención médica:	Teléfono del proveedor de atención médica: ()	Nombre del proveedor de atención médica:	
Certifico que se atendió a este paciente para brindarle un servicio de atención médica cubierto por Medicaid/CSHCN.	Firma y título del proveedor de atención médica:	Fecha en que se firmó:	
	➡		

Conductores ITP: Tengan en cuenta que el millaje permitido para el cual se puede solicitar reembolso está preimpreso en el formulario.

DECLARACIÓN JURADA: Esto es para certificar que la información anterior es verdadera, exacta y completa. Entiendo que este pago solicitado se hará con fondos estatales y federales, y que falsificar u ocultar un dato pertinente puede ser motivo de acción judicial bajo las leyes estatales y federales. Por la presente certifico que esta solicitud de pago no contiene declaración dolosa ni falsificación alguna y que la información que he dado es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. **Certifico que he cumplido con todas las condiciones del Acuerdo del Participante en el Transporte Individual durante la prestación del servicio de transporte para el cual estoy solicitando reembolso.**

Firma del Participante en el Transporte Individual (ITP)

Fecha

Envíe todos los formularios a
A2C ATTN: ITP CLAIMS
 9555 W Sam Houston Pkwy S, Suite 500
 Houston, Texas 77099
 Fax: 713-747-9453
 Email: claimsdept@gmr.net
Nota: Por favor, guarde una copia para sus archivos.