

## 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:

<b>Viaje #1</b>			
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:
	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		

<b>Viaje #2</b>			
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:
	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		

**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

Página Fax: 7131 -747-9453

Email: [a2claimsdept@mtm-inc.net](mailto:a2claimsdept@mtm-inc.net)

**Nota:** *Por favor, guarde una copia para sus  
archivos.*