

SafeRide **Health**

Envíe por correo electrónico o fax todos los formularios de reclamación a SafeRide Health:

Mailing address:

SafeRide Health
Att: ITP Claims
18302 Talavera Ridge, Ste 300
San Antonio, TX 78257

@: shp_claims@saferidehealth.com

Fax: (888) 453 - 5398

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

Instrucciones del formulario de reclamación:

Todo lo resaltado en amarillo o rojo debe completarse para que se procese un reclamo

En la parte superior, el cliente se refiere al miembro del plan Superior Health e ITP se refiere al conductor que presenta la solicitud de reembolso de millaje. El MTI # es un número que asignamos a cada conductor en nuestro sistema.

Nombre del cliente:	Telefono del cliente:	Numero de Medicaid del cliente:
	()	
Nombre del ITP:	Telefono del ITP:	Numero ITP MTI:
	()	

***La parte central es donde ingresa los detalles para este "Paseo".

Los "Ride ID" son los números que obtiene del representante cuando llama para programar la cita. Debe tenerlo aquí para que sea procesado.

Las líneas resaltadas en rojo son para que las complete el proveedor de atención médica. Deben completarse. Las millas y la cantidad es algo que completamos.

Viaje #1			
De:	A:	Millas:	Cantidad:
De:	A:	Millas:	Cantidad:
Número de autorización/viaje:	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:	

Si tiene más de un viaje para reclamar puede poner 2 en este formulario

En la parte inferior de la página pide una firma. Debe estar firmado y fechado por la persona que sea el ITP (manejador) para estar completo.

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

SafeRide Health Registro de servicio del ITP

Plan de salud del cliente: (Por favor indique el plan de salud)			
Nombre del cliente:	Teléfono del cliente:	Núm. de Medicaid del cliente:	
	()		
Nombre del ITP:	Teléfono del ITP:	Número ITP MTI :	
	()		
Viaje #1			
De:	A:	Millas:	Cantidad:
De:	A:	Millas:	Cantidad:
Número de autorización/viaje:	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/viaje:	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 por correo :
SafeRide Health ITP Claims 1
 18302 Talavera Ridge Ste 300
 San Antonio, TX 78257
 shp_claims@saferridehealth.com
 O por fax: 1-888-453-5398