



Estimado miembro:

Gracias por su interés en el Programa de Reembolso por Millaje de Gasolina (GMR). Un conductor de GMR puede recibir un reembolso por llevarlo a sus citas de atención médica. Este paquete contiene la información que el conductor debe proporcionar a SafeRide Health. Consulte la Lista de verificación de inscripción para ver los documentos que debe presentar el conductor.

Un conductor de GMR puede ser:

- ☐ Usted mismo o un familiar (propio): Si es miembro de Medicaid/Medicare, puede conducir usted mismo a una cita de atención médica. Un familiar también puede llevarlo a su cita.
- ☐ Otra persona (otro): También puede llevarlo alguien que no sea un familiar.

El conductor debe seleccionar "Propio" u "Otro" en la Página de información del conductor de GMR.

La información requerida debe corresponder únicamente a la persona que conducirá.

Todos los documentos requeridos deben enviarse por correo postal, correo electrónico o fax a:

Dirección postal: 18302 Talavera Ridge, Suite 300 San Antonio,
TX 78257

Correo electrónico: molinamichigan_driver@saferidehealth.com

Fax: 888-432-0026

Recuerde llamar a SafeRide Health al (888) 616-4842 para reservar los viajes en nuestro sistema. Debe hacerlo antes de que su conductor lo lleve a cualquier cita. Puede obtener formularios de reclamación por correo postal, correo electrónico o fax de SafeRide Health. El formulario también se encuentra en <https://www.saferidehealth.com/molina-mi>. Su conductor debe usar este formulario para solicitar el pago. Haga copias de este formulario para viajes futuros.

Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, llame al (888) 616-4842.

Atentamente,

SafeRide Health

Lista de verificaci6n para el registro del conductor del Programa de Reembolso por Millaje de Gasolina (GMR)

Use esta lista para asegurarse de completar y enviar TODOS estos documentos para inscribirse como conductor de GMR.

No se puede aprobar ning(m viaje hasta que todos estos formularios hayan sido recibidos y aprobados. Para obtener ayuda para completarlos, llame a SafeRide Health al (888) 616-4842.

- ☐ Una copia de esta lista de verificaci6n de conductor de GMR completada (pagina 1)
- ☐ Una copia de su pagina de informaci6n del conductor de GMR completada (pagina 2)
- ☐ Una copia de su pagina de informaci6n del miembro de GMR completada (pagina 3)
- ☐ La pagina de Terminos y condiciones firmada (pagina 4)
- ☐ Una copia de su licencia de conducir vigente y valida

Seleccione c6mo desea recibir el reembolso: (obligatorio)

- ☐ Pago electronico (se requiere una direccion de correo electronico valida; procesado mediante PayQuicker)
 - ☐ Cheque en papel
- Para el pago electronico, asegurese de incluir un correo electronico valido.

Todos los formularios deben enviarse a SafeRide Health por correo postal, correo electronico o fax, segun se indica a continuacion:

Direccion postal: 18302 Talavera Ridge, Suite 300,
San Antonio, TX 78257

Correo electronico: molinamichigan_driver@saferidehealth.com

Fax: 888-432-0026

En linea: <https://www.saferidehealth.com/molina-mi>

Nota: Conserve una copia para sus archivos.

Pagina de informaci6n del conductor de GMR

Use este formulario para inscribirse como conductor de GMR. Debe completar todo el formulario y firmarlo. Use tinta azul o negra. Nose aceptan copias ni firmas estampadas.

Estado:		Numero de telefono: (si necesitamos comunicarnos con usted)	
☐ Propio ☐ Otro			
Debe coincidir con la licencia de conducir Apellido:		Nombre:	Inicial del segundo nombre:
		Fecha de nacimiento:	
Numero de licencia de conducir: (Adjunte una copia de la licencia de conducir)		Fecha de emision de la licencia: MM/DD/AAAA	Fecha de vencimiento de la licencia: MM/DD/AAAA
Domicilio: Aqui es donde vive. Debe proporcionar una direccion fisica. No se aceptan apartados postales. Numero, calle, ciudad, estado y codigo postal.			
Direccion postal: Si es la misma que la anterior, deje en blanco. Numero, calle, ciudad, estado y codigo postal.		Correo electronico:	

Pagina de informaci6n del miembro de GMR

Informacion del plan de salud del miembro

Nombre del miembro: (La persona a quien usted llevara)	ID de Medicaid:
Fecha de nacimiento del miembro:	Relacion con el miembro:
	☐ Familiar/ familia de crianza ☐ No familiar ☐ Yo mismo/a

Terminos y condiciones de participaci6n

1. La solicitud debe ser aprobada antes de que un conductor de GMR lleve al miembro. Cada viaje debe ser aprobado por SafeRide Health. El miembro debe llamar al (888) 616-4842 para obtener aprobacion antes del viaje. El conductor de GMR no puede recibir pago si el viaje no fue aprobado previamente.
2. El conductor debe tener archivada una licencia de conducir valida.
3. El conductor no está excluido de participar en ningún programa federal de atención médica ni figura en la lista de exclusiones de la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos.
4. El conductor no tiene infracciones estatales relacionadas con drogas o alcohol y no se encuentra actualmente bajo la influencia de drogas o alcohol.
5. El conductor no tiene más de dos infracciones de tránsito en los últimos dos años y/o condenas por operar un vehículo en estado de ebriedad (OWI) o conducir bajo la influencia (DUI).
6. SafeRide Health determina los pagos por millaje segun la distancia mas corta del viaje. Esta tarifa se basa en la tarifa de millaje vigente cuando ocurre el viaje. No se basa en la cantidad de miembros transportados.
7. El miembro y su proveedor de atencion deben firmar el Registro de servicio de GMR (Formulario de reclamacion). El Formulario de reclamacion debe estar completo con toda la informacion requerida.
8. Cada reclamacion debe presentarse dentro de 365 días a partir de la fecha del viaje.

Confirmo que he leído los terminos y condiciones para participar como conductor del Programa de Reembolso por Millaje de Gasolina. Declaro que la informacion proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que debo cumplir con los terminos y condiciones aqui establecidos. Entiendo que debo conservar documentos que respalden las reclamaciones de reembolso por millaje. Tambien entiendo que Molina Healthcare de Michigan o SafeRide Health pueden solicitar y validar documentos que respalden las reclamaciones de reembolso por millaje.

Firma del conductor de GMR

Fecha