



## FORMULARIO DE REEMBOLSO

Envie todos los formularios por correo, fax, o correo electrónico.

Correo Electrónico: [healthplan\\_claims@saferridehealth.com](mailto:healthplan_claims@saferridehealth.com)

Fax: 1-888-453-5398

Correo: 18302 Talavera Ridge San Antonio, TX 78257

Por favor de llamar a la línea de reservación para obtener los números de autorización.

Sólo se pagará a la persona designada como conductor al realizar su reserva.

El reembolso se pagará a la tarifa por milla aprobada actualmente.

Espera 14 días a partir de la fecha de envío del formulario completo antes de llamar para consultar el estado del pago.

Favor de revisar y asegurar que toda la información este completa.  
Información incorrecta o incompleta será negada.

INFORMACION DEL CONDUCTOR	
NOMBRE:	APELLIDO:
RELACION A MIEMBRO:	NUMERO DE TELEFONO:
DIRECCION DE DOMICILIO:	
CIUDAD:	ESTADO:
	CODIGO POSTAL:

INFORMACION DEL MIEMBRO	
NOMBRE:	APELLIDO:
NUMERO DE MEDICAID DEL CLIENTE:	

**\* Your health care professional must sign each ride to show you were at your appointment in order for your driver to get paid.**

INFORMACION DE CITA MEDICA		
FECHA DE LA CITA:	NUMERO DE AUTHORIZACION	NOMBRE DE INSTALACION MEDICA
		FIRMA DEL PROVEEDOR:
		TELEFONO DE PROVEEDOR:
FECHA DE LA CITA:	NUMERO DE AUTHORIZACION	NOMBRE DE INSTALACION MEDICA:
		TELEFONO DE PROVEEDOR:
FECHA DE LA CITA:	NUMERO DE AUTHORIZACION	NOMBRE DE INSTALACION MEDICA:
		TELEFONO DE PROVEEDOR:
FECHA DE LA CITA:	NUMERO DE AUTHORIZACION	NOMBRE DE INSTALACION MEDICA:
		TELEFONO DE PROVEEDOR:
FECHA DE LA CITA:	NUMERO DE AUTHORIZACION	NOMBRE DE INSTALACION MEDICA:
		TELEFONO DE PROVEEDOR:

Yo certifico que la información anterior es verdadera, exacta, y completa. Certifico que esta solicitud de pago no contiene falsificación alguna. Entiendo que SafeRide Health tiene derecho a llamar y comprobar citas médicas con la información del proveedor que se dio.

X \_\_\_\_\_ FIRMA DEL CONDUCTOR \_\_\_\_\_ FECHA