



SafeRide Health Registro de servicio del ITP

Plan de salud del miembro: (Por favor indique se 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

<p align="center">Envíe todos los formularios por correo : SafeRide Health ITP Claims 106 Jefferson St. Suite 300 San Antonio, TX 78205 shp_claims@saferidehealth.com O por fax: 1-888-453-5398</p>
--