



## FORMULARIO DE REEMBOLSO (MICHIGAN)

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

Correo Electronico: [priority\\_claims@saferidehealth.com](mailto:priority_claims@saferidehealth.com)

Fax: 1-888-432-0026

Correo: 106 Jefferson Street, St.300 San Antonio Texas

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.

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