



FORMULARIO DE REEMBOLSO

Por favor de llamar a la linea de reservacion para obtener los numeros de autorizacion.

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

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

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

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

Correo Electronico: uhc_claims@saferidehealth.com

Fax: 1-888-453-5398

Correo: 18302 Talavera Ridge San Antonio, TX 78257

Favor de revisar y asegurar que toda la informacion este completa.

Informacion incorrecta o incompleta sera negada.

INFORMACION DEL CONDUCTOR		
NOMBRE:		APELLIDO:
RELACION A MIEMBRO:		NUMERO DE TELEFONO:
DIRECCION DE DOMICILIO:		
CIUDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:
INFORMACION DEL MIEMBRO		
NOMBRE:		APPELIDO:
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 PROVEDOR:	
FECHA DE LA CITA:	NUMERO DE AUTHORIZACION	NOMBRE DE INSTALACION MEDICA:	FIRMA DEL PROVEEDOR:
		TELEFONO DE PROVEDOR:	
FECHA DE LA CITA:	NUMERO DE AUTHORIZACION	NOMBRE DE INSTALACION MEDICA:	FIRMA DEL PROVEEDOR:
		TELEFONO DE PROVEDOR:	
FECHA DE LA CITA:	NUMERO DE AUTHORIZACION	NOMBRE DE INSTALACION MEDICA:	FIRMA DEL PROVEEDOR:
		TELEFONO DE PROVEDOR:	
FECHA DE LA CITA:	NUMERO DE AUTHORIZACION	NOMBRE DE INSTALACION MEDICA:	FIRMA DEL PROVEEDOR:
		TELEFONO DE PROVEDOR:	

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

X
FIRMA DEL CONDUCTOR

FECHA