



SafeRide Claims Department
 18302 Talavera Ridge, Ste 300
 San Antonio, TX 78257

REGISTRO DE REEMBOLSO POR MILLAJE DE KANSAS

Nombre del conductor: _____ Relación con el miembro: _____

Dirección del conductor: _____ N° de teléfono del conductor: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Nombre del miembro *(si es diferente del conductor)* _____ N° de ID del miembro: _____

Fecha del viaje	N° de viaje	Nombre y teléfono del proveedor médico	Firma del médico/profesional clínico*	Total millas
		Nombre: Teléfono:		
		Nombre: Teléfono:		
		Nombre: Teléfono:		
		Nombre: Teléfono:		
		Nombre: Teléfono:		
		Nombre: Teléfono:		

* Cada fecha de servicio debe contar con la firma de un médico o profesional clínico para que se apruebe el reembolso. Cada viaje se confirmará con el consultorio del médico antes de que se realicen los pagos.

Envíelo por correo electrónico a united_claims@saferridehealth.com o por fax al 1-888-453-5398.

Por la presente, certifico que la información contenida en este documento es verdadera, correcta y exacta.

Firma: _____