

Estimado miembro:

Gracias por su interés en el Programa de reembolso por millaje de gasolina (GMR). Un conductor del programa de GMR puede recibir un reembolso por llevarlo a sus consultas de atención médica. Este paquete contiene la información que el conductor debe proporcionar a SafeRide Health. Consulte la lista de verificación de inscripción para ver los documentos que el conductor debe proporcionar. Estos documentos deben ser aprobados por el estado antes de que el conductor pueda realizar cualquier viaje.

Un conductor del programa de GMR puede ser:

- **Usted mismo o un familiar (yo mismo):** Si es beneficiario de Medicaid/Medicare, usted puede conducir para asistir a su consulta de atención médica. Un miembro de su familia también puede llevarlo a su consulta.
- **Otra persona (otro):** También puede ser llevado por alguien que no sea un familiar, pero esa persona debe aprobar una verificación de antecedentes penales.

El conductor debe seleccionar “Self” (Yo mismo) u “Other” (Otro) en la Página de Información del Conductor del programa de GMR.

La información requerida solo debe aplicarse a la persona que conducirá.

Todos los documentos requeridos deben enviarse por correo postal, correo electrónico o fax a:

Dirección postal: 18302 Talavera Ridge, Suite 300
San Antonio, TX 78257

Dirección de correo electrónico: uhc_driver@saferidehealth.com

Fax: 888-432-0026

Recuerde llamar a SafeRide Health al 888-462-6044 para reservar viajes en nuestro sistema. Debe hacerlo antes de que el conductor lo lleve a cualquier consulta. Puede obtener los formularios de reclamación por correo postal, correo electrónico o fax a SafeRide Health. El formulario también se puede encontrar en <https://www.saferidehealth.com/member-health-plan/unitedhealthcare-kansas>. Su conductor debe utilizar este formulario para solicitar el pago. Haga copias de este formulario para viajes futuros.

Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, llame al 888-462-6044.

Atentamente,

SafeRide Health

Lista de verificación para el registro de conductores del Programa de reembolso por millaje de gasolina (GMR)

Use esta lista de verificación para asegurarse de completar y enviar TODOS estos elementos para inscribirse como conductor del programa de GMR. **No se pueden aprobar viajes hasta que se hayan recibido y aprobado todos estos formularios.** Si necesita ayuda para completarlos, llame a SafeRide Health al 888-462-6044.

- Una copia de esta lista de verificación del conductor del programa de GMR completada (página 2)
- Una copia de su página de información del conductor del programa de GMR completada (página 2)
- Una copia de la página de información de miembros del programa de GMR completada (página 3)
- La página de Términos y condiciones firmados (página 4)
- Una copia de su licencia de conducir vigente y válida
- Una copia de su tarjeta de seguro vehicular vigente y válida. (El conductor debe aparecer como conductor cubierto en el seguro).
- Una copia del registro del automóvil

Elija cómo desea recibir el pago: (obligatorio)

- Pago electrónico (se requiere una dirección de correo electrónico válida)
- Cheque impreso

Para el pago electrónico, asegúrese de incluir un correo electrónico válido.

Todos los formularios deben enviarse a SafeRide Health por correo postal, correo electrónico o fax a:

Dirección postal: 18302 Talavera Ridge, Suite 300,
San Antonio, TX 78257

Dirección de correo electrónico: uhc_driver@saferidehealth.com

Fax: 888-432-0026

Nota: Conserve una copia para sus registros.

Página de información del conductor del programa de GMR

Utilice este formulario para registrarse como conductor del programa de GMR. Debe completar todo este formulario y firmarlo. Utilice tinta azul o negra. No se aceptan copias ni firmas estampadas.

Estado:	Número de teléfono: <i>(si necesitamos comunicarnos con usted)</i>	
<input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Otro	()	
<i>Debe coincidir con la licencia de conducir</i> Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
	Fecha de nacimiento:	
Número de licencia de conducir: (Adjunte una copia de la licencia de conducir)	Fecha de emisión de la licencia: <i>MM/DD/AAAA</i>	Fecha de vencimiento de la licencia: <i>MM/DD/AAAA</i>
Dirección particular: <i>Este es el lugar donde usted vive. Debe indicar una dirección. No se aceptarán apartados postales. Número, calle, ciudad, estado y código postal.</i>		
Dirección postal: <i>Si es igual que el anterior, déjelo en blanco. Número, calle, ciudad, estado y código postal.</i>	Dirección de correo electrónico:	
Información sobre el automóvil y el seguro		

Número de ID del automóvil (VIN): <i>Proporcione el VIN del vehículo del conductor</i>	Matrícula:	
Compañía de pólizas de seguro de automóviles: <i>Adjunte una copia de la tarjeta de seguro. El vehículo utilizado para transportar al miembro debe figurar en la póliza de seguro.</i>	Fecha de emisión de la póliza: <i>MM/DD/AAAA</i>	Fecha de vencimiento de la póliza: <i>MM/DD/AAAA</i>

Página de información de miembros del programa de GMR

Información del Plan de salud del miembro

Nombre del miembro: <i>(La persona a la que transportará)</i>	N.º de ID de Medicaid:
Fecha de nacimiento del miembro:	Relación con el miembro:
	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia/Acogido <input type="checkbox"/> No miembro de la familia <input type="checkbox"/> Yo mismo

Términos y condiciones de participación

1. La solicitud debe ser aprobada antes de que un conductor del programa de GMR pueda transportar al miembro. SafeRide Health debe aprobar cada viaje. El miembro debe llamar al 888-462-6044 para obtener aprobación antes del viaje. No se puede pagar al conductor del programa de GMR si el viaje no está aprobado previamente.
2. El conductor debe tener una licencia de conducir válida registrada. También deben proporcionar un comprobante del seguro del automóvil y el registro a SafeRide.
3. SafeRide Health establece los pagos por millaje basándose en la distancia más corta del viaje. Esta tarifa se basa en la tarifa por millaje vigente en el momento del viaje. No se basa en el número de miembros a los que se les presta el servicio de transporte.
4. El miembro y su proveedor de atención médica deben firmar el Registro de servicio de GMR (Formulario de reclamación). El Formulario de reclamación debe completarse con toda la información requerida.
5. Cada reclamación debe presentarse en un plazo de 180 días a partir de la fecha del viaje.

Confirmando que he leído los términos y condiciones para participar como conductor del programa de reembolso por millaje de gasolina. Garantizo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que debo cumplir con los términos y condiciones que se indican aquí. Entiendo que debo conservar documentos para respaldar las reclamaciones de reembolso de millaje. También entiendo que UnitedHealthcare o SafeRide Health pueden solicitar y validar documentos para respaldar las reclamaciones de reembolso de millaje.

Firma del conductor del programa de GMR

Fecha