

Solicitud de reembolso de transporte para citas médicas en auto privado o tren

Debe llamar a CTS 48 horas antes de cualquier cita médica que no sea urgente para obtener una aprobación previa para participar en el Programa de reembolso de transporte para citas médicas. No se emitirán reembolsos por transporte para citas médicas que no hayan sido aprobadas antes de la cita. El reembolso de los gastos de transporte para citas médicas se considerará sin el aviso previo de 48 horas hábiles para citas urgentes si CTS lo aprueba antes de la cita médica.

Tenga cuidado de no presentar reclamos duplicados. Si se transporta más de un pasajero en el mismo viaje, solo UN pasajero podrá presentar el reembolso.

Envíe los formularios de reembolso completos a: Coordinated Transportation Solutions, Inc., 35 Nutmeg Drive, Suite 120, Trumbull, CT 06611; Teléfono: (833) 301-2264; Fax: (203) 375-0516

| | | |
|--------------------|--|---------------|
| Nombre del miembro | Número de identificación de miembro de AmeriHealth Caritas | Fecha |
| Dirección postal | Dirección física (si es diferente de la dirección postal) | |
| Ciudad | Estado | Código postal |

*** Esto es para certificar que la información en este formulario es verdadera, precisa y completa. Entiendo que el pago de este reclamo puede provenir de fondos federales y estatales y que cualquier reclamo, declaración o documento falso o el ocultamiento de hechos importantes pueden ser procesados conforme a las leyes federales y estatales aplicables.

Firma del miembro _____

Coordinated Transportation Solutions, Inc. (CTS) revisará y aprobará la solicitud de transporte para citas médicas de los miembros. El pago se hará al miembro una vez que CTS haya verificado que asistió a la cita. El miembro debe presentar los formularios completos a más tardar 60 días calendario después del mes en que fue la cita. El miembro solo debe presentar un mes calendario por formulario por médico de atención directa.

El reembolso total del mes se calcula de la siguiente manera: Los viajes dentro de la ciudad se reembolsarán a \$0.65 por milla y los viajes fuera de la ciudad se reembolsarán a \$0.65 por milla.

PARA QUE LO COMPLETE SOLO SU PROVEEDOR MÉDICO. IMPRÍMALO

Nombre del médico/proveedor médico/de la clínica _____

| | | | |
|-----------|--------|--------|---------------|
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal |
|-----------|--------|--------|---------------|

El paciente viajó por: Auto [] Autobús []

| |
|----------------------------|
| Fechas de servicio médico: |
| |
| |
| |
| |

| |
|--|
| Doy fe de que el paciente mencionado arriba visitó mi consultorio/clínica para citas médicas que no son de emergencia en las fechas indicadas. |
| Nombre del médico/firma del proveedor médico |
| Identificador de proveedor nacional (NPI) |
| Fecha: |

***** AVISO DE CONFIDENCIALIDAD *****

Los documentos que acompañan a esta transmisión por telecopia contienen información confidencial perteneciente al remitente que es legalmente privilegiada. Esta información está destinada únicamente para el uso de la persona o entidad mencionada arriba. El destinatario autorizado de esta información tiene prohibido revelar la información a cualquier otra parte y debe destruir la información después de que se haya cumplido la necesidad declarada, a menos que la ley estatal exija lo contrario. Si usted no es el destinatario previsto, se le notifica que cualquier revelación, copia, distribución o acción tomada basándose en el contenido de estos documentos está estrictamente prohibida. Si recibió esta telecopia por error, notifique inmediatamente al remitente para coordinar la devolución de los documentos.