

Solicitud de reembolso por transporte médico en automóvil privado

El reembolso por transporte en automóvil a servicios cubiertos de Medicaid solo se permitirá si llama a Coordinated Transportation Solutions (CTS) cuando se dirija al servicio cubierto de Medicaid para que CTS pueda verificar que se cubrirá el transporte.

Llame a: 833-301-2264, seleccione la opción #6 / Email: FF@ctstransit.com / Fax: (203) 375-0516

Para recibir el reembolso, se deberá completar este formulario en su totalidad. Si alguna sección no aplica a su caso, escriba "N/A".

Si se transporta más de un pasajero, solo se podrá presentar un reclamo, sin importar el número de pasajeros. (He-W 574.06 (e))

Nombre completo del miembro: Nombre, segundo nombre y apellido
(letra de imprenta)

Dirección física: debe ser su punto de origen según lo registrado en NH Medicaid. **Si la dirección de origen no es la misma que su dirección física en el expediente, se rechazará el reclamo conforme a He-W 574.**

Dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

Núm. de ID de miembro de Medicaid

Para viaje en automóvil:

Nombre del conductor: Nombre, segundo nombre y apellido (letra de imprenta): _____ Estado y número de la licencia del conductor: _____

Fecha de vencimiento de la licencia del conductor: _____

Firma del conductor: _____

Fecha de nacimiento del conductor: _____

Núm. de la matrícula del vehículo / Estado _____

Relación del conductor con el miembro (si usted es quien maneja, escriba "yo"): _____

Peajes: Monto pagado: _____ Estacionamiento: Monto pagado: _____ (Se deben adjuntar los comprobantes originales de peajes y estacionamiento)

*****Esta sección tiene el fin de certificar que la información de este formulario es verdadera, exacta y completa. Entiendo que el pago de este reclamo puede surgir de fondos federales y estatales y que cualquier reclamo, declaración o documento falso o alterado o el ocultamiento de hechos sustanciales puede ser objeto de acciones legales conforme a las leyes federales y estatales aplicables. Acepto el pago de transporte de CTS como el pago completo, pero entiendo que tengo el derecho de apelar el monto del reembolso.*****

El pago se realizará una vez que CTS verifique que se realizó la consulta y que cumple con los requisitos de He-W 574. El pago, si es aprobado, se emitirá dentro de los **30 días** de que CTS reciba el reclamo. Los viajes en automóvil se reembolsan a una tasa de \$0.72 por milla.

Firma del miembro y fecha de la firma: _____

SOLO EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERÁ COMPLETAR ESTA SECCIÓN. USE LETRA DE IMPRENTA

Nombre del médico/proveedor de Medicaid/clínica/farmacia

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Fechas de los servicios cubiertos por

Iniciales del

Certifico que el o la paciente que se menciona anteriormente acudió a mi consultorio/clínica/farmacia para consultas médicas que no eran de emergencia o para obtener productos farmacéuticos cubiertos por Medicaid en las fechas indicadas.

Firma del médico/proveedor de

/ Fecha en que

Identificador nacional de proveedor

Los formularios deben enviarse dentro de los 60 días posteriores a la fecha del servicio a: **Coordinated Transportation Solutions, Inc, 35 Nutmeg Drive, Suite 120, Trumbull, CT 06611. Puede también enviar una imagen escaneada o una fotografía legible con su smartphone por correo electrónico a FF@ctstransit.com o por fax a (203) 375-0516. Cualquier pregunta relacionada con el pago puede enviarse al departamento de finanzas de CTS al 1-833-301-2264; seleccione la opción #6**

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

Los documentos que acompañan esta comunicación por telecopia contienen información confidencial perteneciente al remitente que es legalmente privilegiada. Esta información está destinada solo para el uso de la persona o entidad mencionada anteriormente. El destinatario autorizado de esta información tiene prohibido divulgar esta información a cualquier otra parte y deberá destruir la información después de que se haya cumplido con la necesidad declarada, a menos que la ley estatal exija lo contrario. Si usted no es el destinatario previsto, por la presente se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o acción realizada con base en el contenido de estos documentos está estrictamente prohibida. Si recibió esta telecopia por error, notifique de inmediato al remitente para coordinar la devolución de estos documentos.

Nota: Este documento caduca 90 días después de la fecha de servicio

V2 7/1/2026