



Departamento de Reclamaciones de SafeRide

106 Jefferson St, Ste 300
San Antonio, TX 78205

**REGISTRO PARA EL REEMBOLSO POR CONSUMO DE
GASOLINA EN KANSAS**

Nombre del conductor: _____

Relación con el afiliado: _____

Dirección postal del conductor: _____

Núm. telefónico del conductor: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Nombre del afiliado (si es diferente del conductor) _____

Núm. de identificación de afiliación: _____

Fecha del viaje	Núm. del viaje/trabajo	Nombre del proveedor médico	Número telefónico del proveedor médico	Firma del médico/clínico*	Total de millas

*Para que se apruebe el reembolso, cada fecha de servicio debe tener la firma de un médico o clínico. Antes de efectuar los pagos, cada viaje se confirmará con el consultorio del médico.

Envíe éste por correo electrónico a sunflower_claims@saferridehealth.com o por fax al 1-888-453-5398.

Por la presente certifico que la información aquí contenida es verdadera, correcta y exacta.

Firma: _____