



Certificación de proveedor más cercano

El proveedor de atención médica debe completar este formulario para verificar cualquier traslado fuera de la comunidad local del miembro –10 millas en áreas urbanas y 20 millas en áreas rurales– si es médicamente necesario. Para más información en áreas rurales, por favor visite: <http://www.ruralhealthct.org/towns.htm>

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO	
Primer nombre	Apellido
Número de Medicaid ID	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA <small>NOTA: Debe ser un proveedor participante de Medicaid</small>			
Nombre del proveedor de atención médica		Nombre de la institución	
Tipo de institución <input type="checkbox"/> Salud del comportamiento <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Centro de salud calificado federalmente <input type="checkbox"/> Otro _____		Número de teléfono	
Dirección de la institución	Ciudad	Estado	Código Postal

MOTIVO MÉDICO
<p>Por favor especifique el motivo por el cual el miembro necesita un traslado a más de 10 millas (urbano) / 20 millas (rural) para ser atendido:</p> <p><input type="checkbox"/> No hay servicios disponibles más cerca desde la casa del miembro</p> <p><input type="checkbox"/> Es el proveedor más cercano disponible para atención crítica/tratamiento avanzado/servicios médicos</p> <p><input type="checkbox"/> Es el proveedor más cercano disponible para tratamiento de emergencia</p> <p><input type="checkbox"/> Participa en un nivel adicional de atención en la institución</p> <p><input type="checkbox"/> El tratamiento actual en curso requiere la continuación de la atención</p> <p><input type="checkbox"/> Otro, por favor explique: _____</p>

INFORMACIÓN DE SOPORTE
<p>Por favor, incluya cualquier información de soporte adicional que ayude a Veyo a entender las circunstancias / necesidades médicas del miembro.</p>

Entiendo que si he suministrado información falsa o intencionalmente omití información, puedo ser sometido a un juicio, criminal, civil o ambos. Certifico bajo pena de perjurio que, he obtenido la información en el formulario del paciente o de su representante, y que la información suministrada es correcta a mi leal saber y entender.

Por favor, envíe el formulario completado por correo electrónico, correo o fax:

Correo electrónico:

ctcc@veyo.com

Fax: 860-724-2159

Correo: Veyo

Atención: Coordinador Clínico

PO Box 1070

Windsor, CT 06095

X _____

Firma del proveedor

Fecha