

# Formulario de reembolso de millas



Este formulario puede usarse para solicitar el reembolso por el traslado de un miembro de HUSKY Health a una cita de atención médica. Este formulario puede usarse hasta por una (1) semana de reembolso de millas desde la dirección de vivienda del miembro hasta la ubicación de una sola institución médica. Por favor, complete el formulario y entréguelo en Veyo dentro de los 30 días desde la última cita médica listada.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO			
Primer nombre:		Apellido:	
Medicaid ID:		Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):	
Número de teléfono:		Dirección de la vivienda:	
Ciudad:		Estado:	Código Postal:

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR			
Primer nombre:		Apellido:	
Número de teléfono:		Dirección postal:	
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Número de licencia para conducir:		Estado emisor:	Fecha de expiración:

INFORMACIÓN DEL TRASLADO			
Fecha de la cita (DD/MM/AAAA)	Hora de la cita _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Nombre del proveedor/institución: _____	Firma del proveedor: _____
		Número de Teléfono: _____	
Fecha de la cita (DD/MM/AAAA)	Hora de la cita _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Nombre del proveedor/institución: _____	Firma del proveedor: _____
		Número de Teléfono: _____	
Fecha de la cita (DD/MM/AAAA)	Hora de la cita _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Nombre del proveedor/institución: _____	Firma del proveedor: _____
		Número de Teléfono: _____	
Fecha de la cita (DD/MM/AAAA)	Hora de la cita _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Nombre del proveedor/institución: _____	Firma del proveedor: _____
		Número de Teléfono: _____	

Certifico que fui a los destinados listados arriba, además autorizo a Veyo a verificar la información de los traslados indicados arriba.

X \_\_\_\_\_  
Firma del conductor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor, envíe el formulario completado por correo electrónico a [ctmileage@veyo.com](mailto:ctmileage@veyo.com) o por fax al 860-218-2948 o por correo a Veyo, atención Reembolso de Millas, PO Box 1070, Windsor, CT 06095