

Formulario de transporte especializado

Este formulario debe ser llenado por el hospital/instalación autorizada que está determinando la necesidad médica del transporte/nivel de servicio solicitado

INFORMACIÓN DEL PACIENTE																							
Por favor, marque las casillas a continuación que apliquen al tipo de transporte solicitado <input type="checkbox"/> Fuera del Estado <input type="checkbox"/> En el estado <input type="checkbox"/> Hospital/Proveedor en la frontera <input type="checkbox"/> Mayor nivel de servicio que el transporte público																							
Nombre del miembro:		Número de identificación de Medicaid:																					
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA):	Edad:	Número de teléfono válido:																					
Dirección de recogida:		Dirección de destino:																					
Fecha del traslado:	Hora del traslado (si la sabe):	Detalles del traslado: <input type="checkbox"/> Solo ida <input type="checkbox"/> Ida y vuelta																					
Requerimientos de transporte: <input type="checkbox"/> El paciente NO puede utilizar transporte público debido a una condición médica <input type="checkbox"/> El paciente está médicamente INCAPACITADO para caminar 4 cuadras <input type="checkbox"/> El paciente está médicamente INCAPACITADO para ser llevado por un amigo/familiar <input type="checkbox"/> El paciente está médicamente CAPACITADO para utilizar transporte público <input type="checkbox"/> El paciente requiere un vehículo para silla de ruedas <input type="checkbox"/> El paciente requiere un vehículo para camilla <input type="checkbox"/> El paciente requiere un vehículo Sedan <input type="checkbox"/> El paciente necesita acompañante para entrenamiento/participación en la atención médica <input type="checkbox"/> Sin carga múltiple/inmunosuprimido <input type="checkbox"/> Otras restricciones de carga múltiple: _____		Información de elegibilidad/autorización <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Servicio cubierto Medicaid</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Médicamente necesario/apropiado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Notificación hecha a: (Nombre de ASO): _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>El servicio que el paciente requiere no está disponible en el área</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Se requiere aprobación del Departamento de Seguro Social</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Paciente referido al proveedor más cercano disponible para su condición</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> Información Adicional:		SÍ	NO	Servicio cubierto Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicamente necesario/apropiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Notificación hecha a: (Nombre de ASO): _____			El servicio que el paciente requiere no está disponible en el área	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se requiere aprobación del Departamento de Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paciente referido al proveedor más cercano disponible para su condición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SÍ	NO																					
Servicio cubierto Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Médicamente necesario/apropiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Notificación hecha a: (Nombre de ASO): _____																							
El servicio que el paciente requiere no está disponible en el área	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Se requiere aprobación del Departamento de Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Paciente referido al proveedor más cercano disponible para su condición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					

INFORMACIÓN DEL HOSPITAL/INSTALACIÓN AUTORIZADA		
Nombre completo:	Número de teléfono:	Número de buscapersonas:
Dirección de correo electrónico:	Información adicional (si la hay)/Justificación urgente:	PA#:

Veyo, Coordinadora Clínica Principal, Arrika Denbin, RN, BSN, adenbin@veyo.com, 860-724-2159, después de horario oficina, escriba a ctcc@veyo.com



Formulario de ransporte especializado

RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR O INSTALACIÓN:				
Nombre de la instalación:		Nombre del médico:		Fecha:
Dirección de la instalación:			Ciudad:	Estado: Código postal:
Número de teléfono del médico o instalación:			Motivo de la cita:	Código de diagnóstico:
Motivo por el cual se solicita la autorización para transportar un miembro a un proveedor específico (marque TODOS los que correspondan): <input type="checkbox"/> Proveedor más cercano de CMAP (Medicaid) <input type="checkbox"/> Visita de seguimiento después de una cirugía <input type="checkbox"/> El paciente ha establecido una relación con el proveedor			Período anticipado de incapacidad a partir de la fecha de hoy: <input type="checkbox"/> 60 días <input type="checkbox"/> 90 días <input type="checkbox"/> 180 días	
(Por favor, indique el tipo de proveedor)			Información adicional (Incluyendo Altura/Peso para transporte de Silla de ruedas/BLS/ALS):	
<input type="checkbox"/> El servicio requerido por el paciente no está disponible en la zona <input type="checkbox"/> El departamento de Seguro Social aprobó esta atención <input type="checkbox"/> El proveedor se encuentra a más de 15 millas de la dirección de domicilio del miembro				

PARA SER COMPLETADO POR VEYO		
Por favor, seleccione el nivel de servicio para el traslado: <input type="checkbox"/> Reembolso de millas <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Paratransito <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> ALS <input type="checkbox"/> BLS		
Nombre del miembro:		Número de identificación Medicaid:
Fecha de traslado:		
Nombre del miembro:	Número de identificación Medicaid:	Fecha de traslado:
Hora de recogida:	Hora de búsqueda (si es ida y vuelta):	Millas del traslado:
Costo del traslado:	Proveedor asignado de transporte médico que no es de emergencia:	Número de teléfono del proveedor:

X

 Firma Aprobación Nombre en letra legible Fecha
 Departamento de Seguro Social

Contactos de revisión y aprobación del Departamento de Seguro Social
 * Roderick Winstead, roderick.winstead@ct.gov (Aprobación)
 * Theresa Rugens, theresa.rugens@ct.gov (Revisión)
 * Srinivas Bangalore, srinivas.bangalore@ct.gov (Revisión)

Coordinadores clínicos de Veyo
 * Arrika Denbin, RN, BSN, adenbin@veyo.com
 * Jaime Gallion, RN, BSN, kgallion@veyo.com
 * Marie Jackson, RN, BSN, mjackson@veyo.com

AVISO DE PRIVACIDAD: Este mensaje, junto con los adjuntos, está destinado solo para el uso de la persona o entidad a la que se dirige. Puede contener información que es confidencial y queda prohibida su divulgación. Si usted no es el destinatario previsto, se le notifica que está estrictamente prohibida cualquier divulgación o copia de este mensaje o de cualquier archivo adjunto. Si recibió este mensaje por error, notifique al remitente original de inmediato por teléfono o por correo electrónico y elimine de su computadora este mensaje junto con los archivos adjuntos.
 Última fecha de revisión: 20 de julio de 2018