

Un proveedor de atención médica certificado debe completar este formulario. El miembro debe asegurarse de que Veyo reciba este formulario.

Este formulario consta de cinco (5) partes:

	Página
Parte A: información del miembro (obligatoria)	1
Parte B: información del centro para el miembro	1
Parte C: necesidades de transporte	1
Parte D: solicitud de extensión de millaje	2
Parte E: información adicional	2

Parte A: información del miembro (obligatoria)			
Nombre	Fecha de nacimiento	Identificación de Medicaid	Número de teléfono
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Tipo de establecimiento <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Centro de enfermería especializada (SNF)/ centro residencial (complete la parte B) <input type="checkbox"/> Otro _____			

Parte B: información del centro para el miembro	
Nombre	Número de fax
Nombre del contacto	Número de teléfono directo del contacto

Parte C: necesidades de transporte	
Indique el medio de transporte más adecuado desde el punto de vista médico para el miembro.	
<input type="checkbox"/> Transporte público	<input type="checkbox"/> Transporte en silla de ruedas
<input type="checkbox"/> En automóvil con un amigo o familiar	<input type="checkbox"/> Transporte en silla de ruedas bariátrica
<input type="checkbox"/> Vehículo de alquiler o taxi médico	<input type="checkbox"/> Transporte en camilla
	<input type="checkbox"/> Transporte con soporte vital básico (BLS) o soporte vital avanzado (ALS)
¿El miembro tiene un proveedor preferido?	Nombre del proveedor preferido
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Código(s) de diagnóstico	Tipo de diagnóstico
	<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente
¿Tiene el miembro un trastorno de alguno de los siguientes tipos?	
<input type="checkbox"/> Muscular/motor	<input type="checkbox"/> Respiratorio
<input type="checkbox"/> Cardíaco	<input type="checkbox"/> Cognitivo/psicológico
	<input type="checkbox"/> Otro
	<input type="checkbox"/> N/C
Indique la necesidad médica que respalde la solicitud del medio de transporte. Registre todas las afecciones pertinentes.	
El miembro no puede hacer lo siguiente:	El miembro requiere lo siguiente:
<input type="checkbox"/> Utilizar el transporte público debido a una afección	<input type="checkbox"/> Terapia de oxígeno continua
<input type="checkbox"/> Ser transportado en automóvil por un amigo o familiar debido a una afección	<input type="checkbox"/> Control continuo de un técnico en emergencias médicas (EMT) o paramédico certificados
<input type="checkbox"/> Caminar	<input type="checkbox"/> Equipo de soporte vital durante el traslado
<input type="checkbox"/> Sentarse en una silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Cuidado para restricciones médicas
<input type="checkbox"/> Soportar peso	<input type="checkbox"/> Escolta médica
<input type="checkbox"/> Trasladarse	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	

Un proveedor de atención médica certificado debe completar este formulario. El miembro debe asegurarse de que Veyo reciba este formulario.

Parte D: solicitud de extensión de millaje

El transporte solicitado superará el millaje asignado para lo siguiente:			
<input type="checkbox"/> Zonas urbanas (10 millas)		<input type="checkbox"/> Zonas rurales (20 millas)	
Nombre del centro de destino		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Indique el motivo por el que la autorización solicitada para transportar al miembro o el reembolso del millaje correspondiente al viaje superan el millaje asignado.			
<input type="checkbox"/> Proveedor del Programa de Asistencia Médica de Connecticut (CMAP) más cercano	<input type="checkbox"/> Tratamiento actual en curso (explique): _____		
<input type="checkbox"/> Seguimiento luego de cirugía	_____		
<input type="checkbox"/> El Departamento de Servicios Sociales (DSS) aprobó la atención	_____		

Parte E: información adicional

Indique los detalles adicionales que sean relevantes para esta solicitud.	
<input type="checkbox"/> El miembro solicita compañía para instrucción o participación en la atención médica	<input type="checkbox"/> Solicita no compartir el viaje/está inmunocomprometido (explique): _____
<input type="checkbox"/> El miembro es MENOR DE EDAD (tiene menos de 18 años)	<input type="checkbox"/> Información necesaria para respaldar la decisión (explique): _____

 Firma del proveedor de atención médica certificado

 Escriba el nombre en letra de imprenta

 Teléfono/correo electrónico de contacto del proveedor

 Fecha

Envíe todas las solicitudes al número de FAX 860-724-2159 o al correo electrónico ctcc@veyo.com.

Contactos de revisión y aprobación del DSS

Roderick Winstead, roderick.winstead@ct.gov (aprobación)
 Theresa Rugens, theresa.rugens@ct.gov (revisora)
 Srinivas Bangalore, srinivas.bangalore@ct.gov (revisora)

Coordinadores clínicos de Veyo

Arrika Denbin, RN BSN, adenbin@veyo.com
 Jaime Gallion, RN BSN, jgallion@veyo.com