

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 para el reembolso de millas de hasta 5 citas médicas desde la dirección de vivienda del miembro hasta la ubicación de un solo centro médico. Veyo debe recibir el formulario completo por correo, correo electrónico o fax en un plazo de 30 días desde la primera cita médica que figure en el formulario.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO					
Nombre:		Apellido:			
Identificación de Medicaid:			Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):		
Número de teléfono:		Dirección de la vivienda:		Ciudad:	
Estado:		Código postal:		Relación del conductor con el miembro:	
INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR					
Nombre:		Apellido:		Número de teléfono:	
Correo electrónico:		Dirección postal:			
Ciudad:			Estado:		Código postal:
Número de licencia del conductor:			Estado emisor:		Fecha de expiración:
INFORMACIÓN DEL TRASLADO					
Fecha de la cita: (DD/MM/AAAA):	Hora de la cita: ____ AM PM	Dirección de origen: Casa		Dirección del proveedor: Ida y vuelta Solo de ida/vuelta	
Nombre del centro/proveedor:		Número de teléfono del proveedor:		Firma del proveedor médico certificado:	
Nombre del proveedor en letra de imprenta:					
Fecha de la cita: (DD/MM/AAAA):	Hora de la cita: ____ AM PM	Dirección de origen: Casa		Dirección del proveedor: Ida y vuelta Solo de ida/vuelta	
Nombre del centro/proveedor:		Número de teléfono del proveedor:		Firma del proveedor médico certificado:	
Nombre del proveedor en letra de imprenta:					
Fecha de la cita: (DD/MM/AAAA):	Hora de la cita: ____ AM PM	Dirección de origen: Casa		Dirección del proveedor: Ida y vuelta Solo de ida/vuelta	
Nombre del centro/proveedor:		Número de teléfono del proveedor:		Firma del proveedor médico certificado:	
Nombre del proveedor en letra de imprenta:					
Fecha de la cita: (DD/MM/AAAA):	Hora de la cita: ____ AM PM	Dirección de origen: Casa		Dirección del proveedor: Ida y vuelta Solo de ida/vuelta	
Nombre del centro/proveedor:		Número de teléfono del proveedor:		Firma del proveedor médico certificado:	
Nombre del proveedor en letra de imprenta:					

Comprendo que, si proporcioné información falsa u oculté intencionalmente información, puedo estar sujeto a sanciones penales, civiles o ambas. Declaro bajo pena de perjurio según las leyes de los Estados Unidos y del estado de Connecticut que la información del traslado que antecede es verdadera y correcta. Certifico por el presente que la información del traslado que antecede cumple con las políticas y los procedimientos de Veyo.

Firma del conductor

Fecha

Nombre del conductor en letra de imprenta

Firma del miembro

Fecha

Nombre del miembro en letra de imprenta

Envíe los formularios completos por correo electrónico a ctmileage@veyo.com, por fax al 860-218-2948 o por correo a Veyo, Attn: Mileage Reimbursement, PO Box 1070, Windsor, CT 06095

última actualización: 09 marzo 2020