



Healthy Baby Essentials Breast Pump Order Form



Los sacaleches ahora están generalmente cubiertos sin copago o deducible. Como resultado, Healthy Baby Essentials está trabajando junto RI Women & Infants Hospital DISCHARGE. Para pedir un sacaleche, complete el siguiente formulario y envíe por correo electrónico una foto a referrals@breastpumps.com o por fax a 508-404-1761. Para mayor asistencia, puede llamarnos al 888-495-7491. También puede enviar su información y pedido en línea a Breastpumps.com/order.

Información de la madre (todos los campos requeridos):

Nombre Completo: _____ Fec. Nac. de la madre: _____ Fec de parto/nacimiento: _____
Dirección física: _____ Depto #: _____ Ciudad/Estado: _____
Código postal: _____ Tel. celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Tipo de seguro médico (Marque una casilla; si no ve su tipo de seguro, marque "Otro" y la contactaremos

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blue Cross | <input type="checkbox"/> Allways | <input type="checkbox"/> Neighborhood Health Plan of RI |
| <input type="checkbox"/> BMC | <input type="checkbox"/> Fallon Wellforce | <input type="checkbox"/> Cigna |
| <input type="checkbox"/> Harvard Pilgrim | <input type="checkbox"/> Aetna | <input type="checkbox"/> United |
| <input type="checkbox"/> Medicaid of _____ (State) | <input type="checkbox"/> Tufts | |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | Insurance ID#: _____ | |

Usted está cubierto por una bomba por nacimiento desde abajo basándose en su seguro, o una bomba por 36 meses con Aetna : Si solicita bombas adicionales, se le facturará



Solicito que el pago de los beneficios autorizados por el seguro y otros beneficios se hagan en mi nombre a HBE para los productos y servicios que me han proporcionado. Autorizo a HBE a facturar por la compañía de seguro los equipos mencionados arriba y estoy de acuerdo en pagar los copagos u otros cargos no cubiertos por mi seguro. HBE me notificará antes del envío de los copagos enumerados. Si, por alguna razón, mi aseguradora niega las reclamaciones por motivos ajenos a HBE, se me facturará este sacaleche y lo pagaré a HBE. Autorizo además que una copia de este acuerdo se utilice en lugar del original y autorizo a cualquier poseedor de información médica acerca de mí a proporcionarle a HBE cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o cumplimiento de los estándares de salud actuales, incluida HIPAA. Al firmar debajo, acepto que he leído y comprendo esta notificación

Firma de la madre: _____ **Fecha:** _____

Información de OBGYN:

(Su Dr. será contactado para una receta usando la información provista a continuación)

Nombre del médico: _____
Nombre de la clínica / hospital: _____
N. ° de teléfono de la clínica: _____