



# 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](mailto: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](http://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: _____              | <b>Insurance ID#:</b> _____               |   |

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: \_\_\_\_\_