



Admisión (conclusión inicial) Fecha: _____

Número de actualización Fecha: _____

1. Nombre del menor: _____

Fecha de nacimiento: _____

2. RECURSO DE SEGURO PRIVADO (PRIMARIO)

Información de la póliza del titular

Nombre: _____

Relación con el niño _____

Calle _____

Teléfono: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Compañía de seguro/información de la póliza

Nombre _____

de póliza _____

Dirección _____

Número de miembro/identificación: _____

Número de grupo/cuenta _____

Teléfono: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de caducidad: _____

Plan (marque todo lo que aplique) Empleador Propio

HMO Póliza PPO

3. RECURSOS DE SEGURO PRIVADO (SECUNDARIO)

Información de la póliza del titular

Nombre: _____

Relación con el niño _____

Calle _____

Teléfono: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Compañía de seguro/información de la póliza

Nombre _____

de póliza _____

Dirección _____

Miembro/número de identificación: _____

Número de grupo/cuenta _____

Teléfono: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de caducidad: _____

Plan (marque todo lo que aplique) Empleador Propio

HMO Póliza PPO

Recursos de seguro/consentimiento para facturar (página 2)

4. MEDICAID

Inscrito actualmente # de Medicaid: _____

Solicitud pendiente Fecha en que fue presentada: _____

5. CONSENTIMIENTO PARA FACTURAR LOS SERVICIOS DEL SISTEMA DE BabyNet.

El programa BabyNet pide que las familias servidas por BabyNet apoyen al sistema al dar a los proveedores de BabyNet (proveedores de agencias estatales y privadas) permiso para facturar Medicaid y otras compañías de seguros privados para servicios cubiertos. Esta petición es hecha para poder asegurar que los fondos de BabyNet pueden servir a la mayor cantidad de niños posible. Este consentimiento es voluntario.

Por favor, marque la casilla que corresponda y firme para dar su permiso para facturar a Medicaid o su seguro. Su firma significa que usted está de acuerdo con los términos en este consentimiento y permite a los proveedores de BabyNet a facturar y aceptar pagos del plan de seguro de salud de su niño.

Consentimiento para facturar a Medicaid. Mi firma abajo indica que:

- Yo doy permiso a la agencia del estado y/o el sector privado para que los proveedores del sistema de servicios de BabyNet puedan facturar Medicaid por servicios incluidos en el seguro y para intercambiar información necesaria para asegurar los pagos de Medicaid por dichos servicios. (Dicha información necesaria puede incluir el diagnóstico de mi niño, fechas del servicio, tipos de servicio y otra información necesaria relacionada al servicio del sistema de BabyNet para procesar los reclamos).
- Yo notificaré al coordinador de servicios de BabyNet de cualquier cambio en el estado de la inscripción de Medicaid de mi niño.

Firma de la madre/padre: _____ Fecha: _____

Consentimiento para facturar al plan de seguro(s). Mi firma abajo indica que:

- Yo doy permiso a la agencia del estado y/o el sector privado para que los proveedores del sistema de servicios de BabyNet puedan facturar las compañías listadas arriba para los servicios incluidos en el seguro; y para intercambiar información necesaria para asegurar estos pagos. (Dicha información necesaria puede incluir el diagnóstico de mi niño, fechas del servicio, tipos de servicio y otra información necesaria relacionada al servicio del sistema de BabyNet para procesar los reclamos).
- Yo entiendo que si pagos de seguro son hechos directamente a mí por servicios de BabyNet, yo soy responsable de enviar inmediatamente dichos pagos al proveedor de BabyNet que dio el servicio.
- Yo notificaré al coordinador de servicios de BabyNet de cualquier cambio de del seguro de salud de mi niño, así como de cualquier información denegada.

Firma del individuo(s) que
tiene la autoridad de
autorizar pago de seguro.

_____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

Coordinador de admisión/servicios: _____ Fecha: _____