

Cobro del seguro y consentimiento para divulgar información

Con el fin de apoyar a tantas familias como sea posible, el Connecticut (CT) Birth to Three System (Programa de asistencia para niños con discapacidades desde el nacimiento hasta los tres años) está financiado por una combinación de fondos federales y estatales, Medicaid y el seguro médico privado.



Nombre del niño: _____

N.º de Birth to Three: _____

HUSKY A, C, o sin cobertura

N.º de HUSKY A o C:

Se proporcionó el consentimiento a HUSKY para compartir información en el momento de la inscripción y no es necesario hacerlo en este formulario.

- Mi hijo no está cubierto por el seguro de HUSKY A o C. Entiendo que no tengo la obligación de registrarme ni inscribirme en un seguro público.
- Si elijo inscribirme en un seguro público, doy mi consentimiento para enviar la facturación a HUSKY A o C por los servicios de Birth to Three.

Seguro privado o HUSKY B

Comprendo lo siguiente:

- No estoy obligado a registrarme ni a inscribirme en un seguro médico público o privado para recibir los servicios.
 - Mi plan puede estar exento de los mandatos sobre seguro de CT y la Affordable Care Act (Ley de Cuidado de Salud Asequible) puede o no evitar que mi plan afecte de manera negativa mis protecciones, como la aplicación de pagos sobre el máximo anual o los límites de por vida de la póliza.
 - Puedo tener una HRA o HSA que esté configurada para retirar automáticamente una reclamación de seguro. Entiendo que puedo cambiar la función de retiro automático al comunicarme con mi seguro o empleador. Sin embargo, si doy mi consentimiento para autorizar la facturación de un seguro privado o HUSKY B, se pueden retirar esos fondos.
 - En caso de que me envíen directamente el reembolso de un seguro privado, debo enviar dicho pago a mi programa Birth to Three.
 - Si mi hijo tiene un seguro público como seguro secundario, primero debo proporcionar mi consentimiento para enviar las facturas a mi seguro privado para acceder a esa fuente de pago.
 - Este consentimiento sigue en vigencia durante el tiempo que mi hijo esté inscrito en el CT Birth to Three System o hasta que firme para revocar el consentimiento.
 - Acepto informar a mi coordinador de servicios si adquiero un seguro nuevo.
 - Mi consentimiento para permitir o no la facturación es voluntario y puede ser revocado por escrito en cualquier momento. Dicha revocación no es retroactiva (no se aplica a las acciones realizadas antes de la revocación del consentimiento).
 - Se debe obtener mi consentimiento si aumenta la frecuencia, la duración o la intensidad de la provisión de los servicios en el Individual Family Support Plan (IFSP, Plan de Apoyo Familiar Individual) de mi hijo.
 - Mi hijo y mi familia recibirán una valoración y, de ser elegibles, una evaluación, el IFSP, los servicios y el apoyo especificados sin demora o denegación independientemente de si proporciono mi consentimiento para enviar las facturas al seguro y divulgar la información.
- Doy mi consentimiento** para enviar facturas al seguro privado o a HUSKY B en nombre de mi hijo, quien está siendo evaluado y, conforme al resultado, es posible que se inscriba en el CT Birth to Three System. Al hacerlo, divulgo toda la información médica o de otro tipo necesaria para procesar todas las reclamaciones para los servicios y el apoyo enumerados en la sección 6 del IFSP, incluidas las valoraciones, las evaluaciones y las reuniones del IFSP. Entiendo que no tendré que pagar los gastos de bolsillo, incluidos los copagos y los deducibles.
- Doy mi consentimiento** para autorizar la divulgación de la información médica o de otro tipo necesaria para procesar las reclamaciones de seguro en nombre de mi hijo, quien está siendo evaluado y, conforme al resultado, es posible que se inscriba en el CT Birth to Three System.
- No doy mi consentimiento** para enviar facturas al seguro privado de mi hijo o a HUSKY B ni autorizo la divulgación de la información médica o de otro tipo necesaria para procesar las reclamaciones de seguro en nombre de mi hijo.
- Revoco mi consentimiento** para autorizar la facturación y la divulgación de la información médica o de otro tipo necesaria para procesar las reclamaciones de seguro en nombre de mi hijo.

Cobro

Primario Secundario

Nombre del seguro: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono del seguro: _____

Fecha de entrada en vigencia: _____

Número de miembro: _____

Número del grupo: _____

Reconocimiento y comprensión:

He recibido una copia de los Derechos de los padres relacionados con el sistema de pago. Esta información incluye las opciones de resolución de conflictos que puedo utilizar si decido, en cualquier momento, que no estoy de acuerdo con alguna de las decisiones, incluida la facturación al seguro público o privado. Me han explicado estos derechos en mi lengua materna o modo de comunicación.

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____

Fecha: _____