

## Página de Portada de Fax

**Para:** Equipo de CAMBROOKEcare

**De:**

**Fax:** 978 875 8007

**Páginas:**

**Teléfono:** 866 383 9455

**Fecha:**

**Re:** Solicitud de Referido

**CC:**

### Complete y mande por fax los siguientes documentos:

- Solicitud de Referido/Formulario de HIPAA
- Acuerdo de Comunicación Electrónica

Si corresponde (si el paciente tiene la siguiente compañía de seguros / pagador)

- Autorización de **BCBS** para el formulario de divulgación de información
- Autorización de **United Healthcare** para el formulario de divulgación de información form

- Copia del anverso y reverso de la tarjeta de seguro del paciente**

### Documentos clínicos obtenidos del dietista registrada

- Prescripción
- Carta de Necesidad Médica
- Documentos medicos

**Introducción** CAMBROOKEcare, un programa de asistencia de cobertura ofrecido a través de Ajinomoto Cambrooke, Inc., proporciona apoyo de cobertura de alimentos médicos para pacientes con errores innatos del metabolismo, epilepsia intratable y otros trastornos donde está indicada la terapia de nutrición médica cetogénica. Si la póliza de seguro médico o la legislación del estado de su paciente proporciona el reembolso para productos alimenticios médicos médicamente necesarios, CAMBROOKEcare, puede proporcionar apoyo de cobertura y facturación directa. Ajinomoto Cambrooke, Inc. no discrimina ni trata pacientes en manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, o sexo.

Todas las preguntas contenidas en este formulario son estrictamente confidenciales y pasarán a formar parte del expediente médico del paciente.

Marque uno  Formula Médica  Alimentos Bajos en Proteína  Ambos

Relación al Paciente (marque uno)  usted  esposo/a  padre/madre  otro: \_\_\_\_\_

**Información del Paciente**  
(por favor imprima o escriba, todos los campos deben ser rellenos)

Nombre del Paciente _____	Número de Membresía del Seguro Medico _____
Dirección del Paciente _____	Número de Grupo _____
Ciudad, Estado, y Código Postal del Paciente _____	Trastorno Genético Hereditario _____
Numero telefónico residencial con código de área _____	Fecha de Nacimiento _____ Género _____
Nombre de la Clínica _____	Nombre y Número Telefónico del Medico y Dietista (no use sellos) _____

**Información del Subscriber**  
(Nada mas complete si el subscriber no es el paciente, e.g. padre/madre)

Nombre del Subscriber _____	Nombre del Seguro Medico del Subscriber _____
Dirección del Subscriber (si es diferente al del paciente) _____	# Telefónico del Seguro Medico del Subscriber (atrás de la tarjeta) _____
Ciudad, Estado, y Código Postal del Subscriber (si es diferente al del paciente) _____	Dirección del Empleador (si le es conocido) _____
Numero de Contacto del Subscriber (si es diferente) _____	Correo Electrónico del Subscriber _____

**Información del Subscriber Secundario**

Nombre del Subscriber _____	Nombre del Seguro Medico del Subscriber _____
Dirección del Subscriber (si es diferente al del paciente) _____	# Telefónico del Seguro Medico del Subscriber (atrás de la tarjeta) _____
Ciudad, Estado, y Código Postal del Subscriber (si es diferente al del paciente) _____	Dirección del Empleador (si le es conocido) _____
Numero de Contacto del Subscriber (si es diferente) _____	Correo Electrónico del Subscriber _____

**Asignación de Beneficios del Seguro Médico y Derecho de Reembolso**

En consideración de alimentos bajos en proteína y productos proporcionados de fórmula metabólica, yo irrevocablemente asigno y transfiero a Ajinomoto Cambrooke, Inc. todos los derechos, titularidades e intereses en los beneficios pagaderos por esos alimentos, en la mencionada póliza(s) de seguro. Si estoy cubierto bajo Medicare, certifico que la información dada or mí en la solicitud de pago en el Título XVII de la ley de Seguridad Social es correcta. Dicha asignación irrevocable y la transferencia serán para la recuperación de dicha póliza(s) de seguro pero no se entenderá ser la obligación de perseguir cualquier derecho de recuperación de Ajinomoto Cambrooke, Inc. Sin embargo, con la condición, si se niega la cobertura por una compañía de seguros esta asignación y transferencia no quitará mi posición para reclamar o demandar por beneficios individualmente. Yo, por este medio, autorizo a la compañía(s) de seguros mencionada arriba en este documento para pagar directamente a Ajinomoto Cambrooke todas prestaciones debidas por la dicha póliza(s) en razón del producto previsto. **Si no se recibe el pago completo dentro de 90 días de facturación a su proveedor de seguros, opciones de pago deben negociarse con Ajinomoto Cambrooke. El copago, coseguro y los deducibles (por ejemplo, si usted paga el 20% y su proveedor de seguro paga el 80%) se cargarán directamente a su tarjeta de crédito por acuerdo de la póliza (usted proveerá información válida de tarjeta de crédito cuando usted ponga su orden).** Se le notificará por correo electrónico o carta que también incluirá su recibo. Pagos duplicados por su proveedor de seguros a Ajinomoto Cambrooke por cualquier reclamación pagada se reembolsaran. Una foto copia estática de la foto de esta autorización se considerará como efectiva y válida como la original.

Firma del Paciente o Persona Responsable → \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Vencimiento de la Autorización y Revocación**

Por la presente solicito y autorizo a Ajinomoto Cambrooke, Inc. o Nexus Patient Services a divulgar y recibir a divulgar mi información personal de salud (PHI), mantenida por mi médico(s) que pusieron la orden, si es necesario, para ayudar en la elegibilidad y verificación de beneficios y a procesar los reclamos de seguros, solicitudes de seguros y el cumplimiento de las prescripciones. Esta autorización se vencerá (1) un año después la fecha de la firma abajo. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiéndole a Ajinomoto Cambrooke, Inc. Sin embargo, la revocación de esta autorización no afectará a divulgaciones hechas o acciones tomadas antes de que la revocación sea recibida.

También entiendo que:

- No estoy obligado a firmar esta autorización.
- Las regulaciones federales de privacidad no se aplicarán a la información divulgada y que Ajinomoto Cambrooke, Inc. puede volver a divulgar esta información.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Una copia de esta autorización puede ser utilizada con la misma efectividad que un original.

Firma del Paciente o Persona Responsable → \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Representante \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Las comunicaciones electrónicas en Ajinomoto Cambrooke, Inc. y / o Foundation Care LLC incluyen correos electrónicos y mensajes de texto.

Comunicaciones electrónicas que contienen PHI (información de salud protegida) entre Ajinomoto Cambrooke, Inc. y / o Foundation Care LLC y el paciente / representante autorizado pueden ser utilizados si usted, el paciente / representante autorizado, acepta a este método y completa y firma este documento.

Este acuerdo se limita a las comunicaciones utilizando la dirección de correo electrónico y / o el número de teléfono que usted autoriza. Usted puede Cambiar o retirar su autorización en cualquier momento completando el documento correspondiente. Este acuerdo completo reemplaza Cualquier acuerdo previo vigente en la fecha en que se reciba.

### Conocimiento del Proveedor

El correo electrónico y el texto estándar no son un medio de comunicación seguro. Como sus proveedores de atención médica, Ajinomoto Cambrooke, Inc. y / o Foundation Care LLC utilizará la cantidad mínima necesaria de información de salud protegida cuando responda a sus preguntas o cuando comunicando su información. Las comunicaciones electrónicas no seguras no incluirán PHI altamente sensible (como información relacionada con la salud mental o el abuso de sustancias).

### Conocimiento del Paciente

El correo electrónico y el texto estándar no proporcionan un medio de comunicación seguro. Existe cierto riesgo de que la PHI esté dentro de lo inseguro la comunicación electrónica puede ser divulgada o interceptada por terceros no autorizados. Usos de más seguro comunicaciones, como el teléfono o el fax, son siempre métodos alternativos de comunicación disponibles con Ajinomoto Cambrooke, Inc. y / o Foundation Care LLC.

- Los correos electrónicos provenientes de Ajinomoto Cambrooke, Inc. y / o Foundation Care LLC se enviarán desde el dominio @foundcare.com o @cambrooke.com
- Los mensajes de texto que se originan en Ajinomoto Cambrooke, Inc. y / o Foundation Care LLC indicarán que Foundation Care o Ajinomoto Cambrooke, Inc. enviaron el mensaje.

Al completar este documento, yo, el paciente / representante autorizado, entiendo y acepto los riesgos relacionados con la seguridad electrónica no segura de las comunicaciones que contengan información de salud protegida entre mí y Ajinomoto Cambrooke, Inc. y / o Foundation Care LLC, y por la presente autorizo a Ajinomoto Cambrooke, Inc. y / o Foundation Care LLC a enviar dichas comunicaciones electrónicas.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Representante autorizado (si corresponde)

Relación al Paciente

Numero telefónico residencial

Número de teléfono celular (para recibir mensajes de texto)

Dirección de correo electrónico (para recibir correos electrónicos)

Indique el método de contacto preferido:  
(marque uno)

- Numero telefónico residencia
- Número de teléfono celular — llamadas
- Número de teléfono celular — mensajes de texto
- Dirección de correo electrónico

Firma del paciente / representante autorizado ↑

Fecha

**Enviar los documentos completados a:**

**Ajinomoto Cambrooke  
4 Copeland Drive  
Ayer, MA 01432**

**Fax: 978 875 8007**

**Dirección de correo electrónico:  
reimbursement@cambrooke.com**

# Autorización para la Divulgación de Información del Miembro de BCBS

Por favor utilice este formulario para autorizar a Blue Cross and Blue Shield para enviar información específica a una persona específica por un tiempo específico, cuando esa liberación no es de lo contrario permitido por la ley. El uso de este formulario no le proporciona al destinatario con acceso ilimitado a la información del Miembro.

El miembro nombrado a continuación debe ser la persona que está firmando esta autorización y solicitando la liberación de información. Si el miembro es menor de edad, un padre/madre o tutor legal debe firmar. Si el miembro no puede firmar por cualquier otro motivo, un representante legal debe firmar la autorización y enviar la documentación para verificar la autoridad para firmar.

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_ # de Identificación del Miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Numero Telefónico Durante el Día: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo autorizo a BCBS para divulgar reclamos e información médica en sus archivos como sigue:

**Debe marcar un circulo en una respuesta para cada opción incluida (marque un circulo al "No" si no corresponde)**

Yo autorizo la divulgación ... de estos expedientes:

Sí  No La prueba del VIH y/o el diagnóstico o tratamiento del SIDA

Sí  No Salud Mental

Como se indica: Divulgue cualquier y toda la información relacionada con mi cuidado a Ajinomoto Cambrooke, Inc. con respecto a mi elegibilidad, beneficios médicos, reclamos médicos, copagos, deducibles y reclamos según sea necesario necessary.

Nombre de la persona o entidad que recibirá la información: Ajinomoto Cambrooke, Inc

Attn: Accounts Receivables

Dirección: 4 Copeland Drive, Ayer, MA 01432

Esta autorización se vence un (1) año después de la fecha de la firma. Se completa a petición propia y no es una condición de inscripción o beneficios. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito a BCBS. Entiendo que la revocación no se aplicará a información ya publicada mientras esta autorización estaba en efecto. Entiendo que una vez que la información ha sido publicada conforme a estas instrucciones, BCBS no podrá limitar el uso o la divulgación de la información del destinatario y las leyes de privacidad no pueden proteger la información. Yo puedo recibir una copia de esta autorización y estoy de acuerdo de que una fotocopia es tan válida como la original.

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si no es el miembro, por favor indique su relación al miembro (por ejemplo, "padre/madre") aquí: \_\_\_\_\_

# United Healthcare Designación de Representante Autorizado

## INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (Requerido) (Por favor imprima)

Número de identificación de miembro

Fecha de nacimiento del miembro

Nombre de miembro

Miembro medio inicial

Apellido del miembro

Dirección permanente del miembro

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono durante el día (incluido el código de área)

Número de teléfono de la noche (incluido el código de área)

## REPRESENTANTE DESIGNADO

AJINOMOTO CAMBROOKE, INC.

Name

ATTN ACCOUNTS RECEIVABLES, 4 COPELAND DRIVE, AYER MA 01432

Address

## SU PERMISO (Requerido)

Por la presente nombro AJINOMOTO CAMBROOKE, INC. para que actúe como mi representante autorizado al solicitar una queja, una apelación o documentos de United Healthcare.

Entiendo y acepto que:

- Esta autorización es voluntaria;
- mi información de salud puede contener información creada por otras personas o entidades, incluidos los proveedores de atención médica y Puede contener información médica, de farmacia, dental, de la vista, salud mental, abuso de sustancias, VIH / SIDA, psicoterapia, reproductiva, información sobre enfermedades;
- no se me puede negar el tratamiento, el pago de los servicios de atención médica o la inscripción o elegibilidad para los beneficios de atención médica si No firmo este documento;
- mi información de salud puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario, y si el destinatario no es un plan de salud o proveedor de atención, la información ya no estará protegida por la regulación federal de privacidad;
- esta autorización expira un año después de la fecha en que firme la autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Notificando a UnitedHealthcare por escrito; sin embargo, la revocación no tendrá efecto en ninguna acción tomada antes de la fecha en que mi revocación es recibida y procesada.

Firma aquí: \_\_\_\_\_ Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si la persona que firma esta autorización no es el miembro, describa la relación con el miembro (es decir, padre, representante legal):

\_\_\_\_\_

Los representantes legales que firmen esta autorización en nombre de un miembro deben proporcionar una copia de un poder notarial de atención médica o otro documento relevante que otorgue la autoridad legal correspondiente.