



All fields required. Please send completed form to: Fax: 855-595-2767 or Email: support@hhreimbursement.com

Questions? Call 855-481-9098, M-F 8 a.m.-8 p.m. ET

PATIENT INFORMATION

Patient Name: Date of Birth (DOB): Street Address: City/State/Zip: Phone #: I give permission to receive text: Primary Contact Name: Relationship to Patient: Phone #: Email: Are you submitting multiple enrollment forms (twins, triplets, etc.)?:

INSURANCE INFORMATION

WIC*: Yes, enrolled and receiving cans per month (If checked, include WIC letter with enrollment form.): In process Not Eligible Primary Medical Insurance: Insurance Phone #: Policy #: Group #: Employer: Rx Group #: Rx BIN #: Rx PCN: Policy Holder Name: Policy Holder DOB: Relationship to Patient: I completed the Insurance Section and will provide a copy of my insurance card and WIC letter (if applicable). I would like to enroll in Enfamil Family Beginnings (EFB). EFB may provide additional samples, coupons, and information (read our privacy policy at enfamil.com/privacy-policy).

PRESCRIBER INFORMATION

Prescriber Name: Practice Name: Site Contact: Street Address: City/State/Zip: Email: Phone: Fax: Tax ID: NPI: PTAN (if applicable): Prescriber Specialty: Preferred DME Provider: Please include any additional information as required, including but not limited to: growth charts, prior authorization requests/denials, prescription, lab results, office notes, letter of medical necessity, etc.

PRESCRIPTION INFORMATION

Prescribed Product: Nutramigen PurAmino EnfaCare Pregestimil Metabolics Type: Powder RTU Diagnosis/ICD-10 Code: 1st: 2nd: 3rd: Other: Amount needed per day: calories fluid ounces cans other: Days Supply: Refills: Length of need: The above product will provide my patient % of their daily nutritional needs. Route of administration (select all that apply): Oral Tube fed Bolus Gravity Pump My patient has trialed/failed multiple formulas and requires the above formula to meet their nutritional needs. Trialed Formula(s): My patient has an identified health condition that prohibits them from trialing other formulas due to the adverse health effects it would illicit. Prescriber Signature: Date:

AUTHORIZATION TO DISCLOSE AND USE MEDICAL INFORMATION

You may choose to enroll in Helping Hands Reimbursement Support (Program) that obtains insurance coverage information for Mead Johnson Nutrition products. To enroll you must complete this HIPAA Authorization form (Authorization). Please note that your treatment is not conditioned on signing this Authorization; however, by refusing to sign this Authorization you will not be able to enroll in or receive assistance from the Program. If you choose to sign this Authorization, you authorize your healthcare provider(s), including your treating provider, referring provider, and your health insurance company (collectively "Providers") to disclose to Mead Johnson Nutrition, the manufacturer of Enfamil Family of Formulas, its employees, respective affiliates, agents, and contracted third parties (responsible for case management and administration of the Program) your protected health information ("Health Information"). Health Information. Health Information includes, but is not limited to, your name and address, health insurance benefits, information about your medical condition, and medical treatments or status. Purposes. By signing this Authorization, you are authorizing the use and disclosure of your Health Information for the following purposes: 1. Verification of insurance coverage or to support healthcare providers to obtain payment for Mead Johnson Nutrition products. 2. Providing updates regarding the status of your insurance coverage, including reasons for any insurance denial, to you and/or your healthcare provider. 3. Collecting information related to Mead Johnson Nutrition products and communicate with Mead Johnson Nutrition for purposes of treatment, marketing, data collection, research, quality assurance, surveys, and other business activities in connection with the Mead Johnson Nutrition products. Copy of Authorization. You have the right to receive a copy of this signed Authorization upon request. Revocation. You may cancel (revoke) this Authorization at any time by notifying the Enfamil Consumer Resource Center at EnfamilResourceCenter@enfamil.com. Cancellation will not apply to Health Information already disclosed by your Providers to contracted third parties. Expiration. This Authorization will expire five (5) years from the date this Authorization is signed (unless a shorter period is required by law). Re-Disclosure. I understand that Health Information disclosed pursuant to this Authorization may be subject to re-disclosure by the Program and no longer be protected by federal privacy regulations, including HIPAA.

Patient Signature (if 18 or over) or Patient's representative: Date: Relationship to Patient:

* WIC is a registered trademark of the United States Department of Agriculture (USDA) for the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children. No endorsement of any brand or product by the USDA is implied or intended.





**REIMBURSEMENT
SUPPORT**

Formulario de Inscripción

¿Preguntas? Llama al 855-481-9098, L-V 8 a.m.-8 p.m. hora del este y pregunta por un representante que hable español

Todos los campos son obligatorios. Envíe el formulario completado a:
Fax: 855-595-2767 or Correo Electrónico: support@hhreimbursement.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento (FDN): _____

Dirección: _____ Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Autorizo recibir mensajes de texto: Sí No

Nombre del Contacto Principal: _____ Relación con el Paciente: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

¿Está enviando varias formas de inscripción (gemelos, trillizos, etc.)?: Sí No *Una forma por cada niño*

INFORMACIÓN DEL SEGURO

WIC*: Sí, inscrito y recibiendo _____ latas por mes (*Sí marcaste esta opción, incluye la carta del WIC con el formulario de inscripción*): En proceso No elegible

Seguro Médico Principal: _____ Teléfono del Seguro: _____

Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____ Empleador: _____

Número de Grupo Rx: _____ Número BIN Rx: _____ PCN Rx: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nac. del Titular: _____ Relación con el Paciente: _____

Completé la sección de seguros y proporcionaré una copia de mi tarjeta de seguro y la carta del WIC (si aplica).

Me gustaría inscribirme en Enfamil Family Beginnings® (EFB)/Enfamilia en español. El programa de Enfamil Family Beginnings puede proporcionar muestras adicionales, cupones e información (*lee nuestra política de privacidad en enfamil.com/es/poliza-de-privacidad-de-enfamil/*).

INFORMACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN

Nombre del Prescriptor: _____ Nombre de la Práctica: _____ Contacto del Sitio: _____

Dirección: _____ Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

RFC/Tax ID: _____ NPI: _____ Número PTAN (si corresponde): _____

Especialidad del Prescriptor: _____ Proveedor de DME Preferido: _____

Por favor incluye cualquier información adicional según corresponda, incluyendo, entre otros: tablas de crecimiento, autorización previa, resultados de laboratorio, notas del consultorio, carta de necesidad médica, copia(s) (anverso y reverso) de la(s) tarjeta(s) de seguro del paciente, etc.

INFORMACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN

Producto Recetado: Nutramigen® PurAmino® EnfaCare® Pregestimil® Metabolics Tipo: Polvo Listo para Usar (RTU)

Diagnóstico/ 1o: _____ Otro: _____

Código CIE-10: 2o: _____ 3o: _____

Cantidad necesaria por día: calorías: _____ onzas fluidas: _____ latas: _____ otro: _____

Días de suministro: _____ Recargas: _____ Duración necesaria: _____ El producto indicado cubrirá el _____ % de las necesidades nutricionales diarias de mi paciente.

Ruta de administración (selecciona todas las que apliquen): Oral Sonda nasogástrica Bolo Gravedad Bomba

Mi paciente ha probado y no toleró múltiples fórmulas y requiere la fórmula indicada para satisfacer sus necesidades nutricionales.

Fórmula(s) probadas: _____

Mi paciente tiene una condición de salud identificada que le impide probar otras fórmulas debido a los efectos adversos que éstas le provocarían.

Firma del Prescriptor: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y UTILIZAR INFORMACIÓN MÉDICA

Puedes optar por inscribirte en el Programa de Apoyo de Reembolso de Helping Hands™ que obtiene información de cobertura de seguro para los productos de Mead Johnson Nutrition. Para inscribirte debes completar esta forma de Autorización HIPAA (Autorización). Por favor toma en cuenta que el tratamiento no está condicionado a la firma de esta Autorización; sin embargo, al negarte a firmar esta Autorización, no podrás inscribirte ni recibir asistencia del Programa.

Si eliges firmar esta Autorización, autorizas a tu(s) proveedor(es) de atención médica, incluyendo tu proveedor tratante, tu proveedor remitente y tu compañía de seguro médico (colectivamente "Proveedores") a revelar información a Mead Johnson Nutrition, el fabricante de la Familia de Fórmulas Enfamil™, sus empleados, sus respectivos afiliados, agentes y terceros contratados (PRO-Spectus, LLC, el administrador del Programa) tu información de salud protegida ("Información de Salud"). **Información de Salud.** La Información de Salud incluye, entre otros, tu nombre y dirección, beneficios de seguro médico, información sobre tu condición médica y tratamientos o estado médicos.

Propósitos. Al firmar esta Autorización, autorizas el uso y divulgación de tu Información de Salud para los siguientes propósitos: **1.** Verificar la cobertura de seguro o ayudar a los proveedores de atención médica a obtener el pago de los productos de Mead Johnson Nutrition.

2. Proporcionar actualizaciones sobre el estado de tu cobertura de seguro, incluyendo los motivos de cualquier denegación de seguro, a ti y/o a tu proveedor de atención médica.

3. Recopilar información relacionada con los productos de Mead Johnson Nutrition y comunicarse con Mead Johnson Nutrition con fines de tratamiento, mercadotecnia, recopilación de datos, investigación, control de calidad, encuestas y otras actividades comerciales relacionadas con los productos de Mead Johnson Nutrition.

Copia de Autorización. Tienes derecho a recibir una copia de esta Autorización firmada si la solicitas.

Revocación. Puedes cancelar (revocar) esta Autorización en cualquier momento notificando al Centro de Recursos para el Consumidor de Enfamil® en EnfamilResourceCenter@enfamil.com. La cancelación no se aplicará a la Información de Salud ya divulgada por tus Proveedores a terceros contratados.

Vigencia. Esta Autorización tiene una vigencia de cinco (5) años a partir de la fecha en la que se firma esta Autorización (a menos que la ley exija un período más corto).

Nueva Divulgación. Entiendo que la Información de Salud divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del Programa y ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad, incluida HIPAA

Firma del Paciente (si tiene 18 años o más) o representante del paciente: _____ Fecha: _____

Relación con el Paciente: _____

* WIC es una marca comercial registrada del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), por sus siglas en inglés) para el Programa de Nutrición Suplementaria Especial para Mujeres, Bebés y Niños. Ningún aval de cualquier marca o producto por parte del USDA es implícito o intencionado.

LA5698 NUEVO 6/26 ©2026 Mead Johnson & Company, LLC

