



Apoyo de Reembolso de Helping Hands™

Navegar por la cobertura del seguro no siempre es fácil. Nuestro equipo de expertos en reembolsos dedicados puede guiarte a través del proceso.

Desde la verificación de beneficios hasta la asistencia con autorización previa, manejamos todos los detalles para que puedas acceder rápidamente a los productos de Mead Johnson Nutrition cuando sean recetados.*

Podemos asistir con la cobertura del seguro y el acceso a productos, incluyendo los siguientes:

- Medicaid
- Medi-Cal
- WIC[†]
- TRICARE^{®†}
- Seguro comercial

* Los productos de Mead Johnson Nutrition pueden ser elegibles para la cobertura de seguro cuando se recetan. Si bien no podemos garantizar el reembolso del seguro, nuestro personal dedicado te asistirá en la navegación por el proceso de reembolso. Toma en cuenta que el reembolso se basa en los términos de tu contrato de seguro. El Apoyo de Reembolso de Helping Hands™ no reembolsará otros gastos, incluyendo deducibles y copagos.

† 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. TRICARE es una marca registrada del Departamento de Defensa, Agencia de Salud de Defensa.





APOYO DE REEMBOLSO

Cómo te podemos ayudar:



Verificación de beneficios: Tu experto en reembolsos dedicado coordinará con tu proveedor de atención médica y tu plan de seguro para ayudarte a determinar la elegibilidad, los requisitos de cobertura así como otros costos menores, como deducibles o copagos.



Autorización previa: Si tu plan de seguro requiere autorización previa para la cobertura, determinaremos el proceso y la documentación clínica necesarios y nos coordinaremos con tu proveedor de atención médica. Si se niega, te ayudaremos a navegar el proceso de apelación.



Suministro consistente y confiable: Si hay cobertura disponible, te conectaremos con un Proveedor de Atención Domiciliaria o de Farmacia que pueda entregarte los productos de Mead Johnson Nutrition directamente a tu puerta. Si la cobertura no está disponible, te ayudaremos a evaluar fuentes alternativas de asistencia.

Comienza con estos tres sencillos pasos:

1. Completa las secciones para pacientes y proveedores de atención médica de la forma de inscripción.
2. Envía por fax o correo electrónico la forma de inscripción completa con copia(s) (anverso y reverso) de la(s) tarjeta(s) de seguro a:
 - Fax: 855-595-2767
 - Correo electrónico: support@hhreimbursement.com
3. Nosotros nos encargaremos del resto. Tu experto en reembolsos dedicado se comunicará contigo y te actualizará sobre el estado tanto a ti como al proveedor de atención médica a lo largo del proceso hasta que se exploren todas las opciones de cobertura y acceso a productos.

¿Preguntas Sobre el Apoyo de Reembolso de Helping Hands™?

Llama al 855-481-9098, lunes a viernes de 8 am a 8 pm hora del este y pregunta por un representante que hable español.

Como estamos en familia, llámanos en español al 888-BEBE220 (888-232-3220) o visita el sitio enfamil.com/es, si tienes preguntas relacionadas con el reembolso, incluyendo la información sobre productos como alimentación, mezcla, almacenamiento, nutrición y promociones actuales disponibles a través del programa de Enfamil Family Beginnings®.



APOYO DE REEMBOLSO

Todos los campos requeridos. Por favor envía la forma completa a:

Fax: 855-595-2767 o Correo electrónico:

support@hhreimbursement.com ¿Preguntas? Llama al

855-481-9098, lunes a viernes de 8 am a 8 pm hora del este y pregunta por un representante que hable español.

Formulario de Inscripción | Sección del Paciente:

DATOS DEMOGRÁFICOS

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

Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

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

Teléfono: _____ Doy autorización para recibir mensajes de texto Sí No

Correo Electrónico: _____ Preferencias de Idioma Principal: _____

¿Estás enviando varias formas de inscripción (gemelos, trillizos, etc.)? Sí No *Se requiere una forma por cada niño*

INFORMACIÓN DEL SEGURO

WIC*: Sí, inscrito y recibiendo _____ latas por mes† En proceso No Elegible

† Si está marcado, incluye la carta de WIC con la forma de inscripción.

Seguro Médico Principal: _____ Número de Teléfono del Seguro: _____

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

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

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

Seguro Secundario: _____ Número de Teléfono del Seguro: _____

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

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

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

Completé la totalidad de la sección relacionada con el seguro anterior y proporciono copia(s) (anverso y reverso) de mi(s) tarjeta(s) de seguro y una copia de mi carta de WIC (si corresponde).

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

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.

Nombre del Paciente (en letra de molde): _____

Firma del Paciente (Adulto) (si corresponde): _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/Tutor Legal (en letra de molde): _____ Relación con el Paciente: _____

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Nombre de Contacto Autorizado Adicional (en letra de molde): _____

* 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.





APOYO DE REEMBOLSO

Todos los campos requeridos. Por favor envía la forma completa a:

Fax: 855-595-2767 o Correo electrónico: support@hhreimbursement.com ¿Preguntas? Llama al 855-481-9098, lunes a viernes de 8 am a 8 pm hora del este y pregunta por un representante que hable español.

Forma de Inscripción | Sección del Proveedor:

PRESCRIPCIÓN

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente (FDN): _____
 Nombre del Proveedor/Prescriptor: _____ MD DO NP PA RD Otro: _____
 Nombre de Clínica/Instalaciones: _____
 Domicilio: _____
 Ciudad/Estado/Código Postal: _____
 Especialidad: _____ NPI: _____ ID Fiscal: _____
 Nombre de Contacto de Oficina: _____ Título: _____
 Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____ Correo Electrónico: _____

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.

DIAGNÓSTICO (la lista no incluye todo; indica el primer, segundo y tercer diagnóstico/código ICD cuando corresponda)

ALERGIAS

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> K52.21 Síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimenticias | <input type="checkbox"/> P54.1 Heces o popós con sangre (recién nacidos) | <input type="checkbox"/> P92.6 Falta de crecimiento (recién nacidos < 28 días) |
| <input type="checkbox"/> K52.22 Enteropatía inducida por proteínas alimenticias | <input type="checkbox"/> K92.1 Heces o popós con sangre (no recién nacidos) | <input type="checkbox"/> Z91.011 Alergia a los productos lácteos |
| <input type="checkbox"/> K52.29 Otras gastroenteritis y colitis alérgicas y dietéticas | <input type="checkbox"/> K52.82 Colitis eosinofílica | <input type="checkbox"/> T78.40XA Alergia a los alimentos |
| <input type="checkbox"/> J30.5 Rinitis alérgica debida a alergia alimenticia | <input type="checkbox"/> K20.0 Esofagitis eosinofílica | <input type="checkbox"/> K21.9 Enfermedad por reflujo gastroesofágico |
| <input type="checkbox"/> L27.2 Dermatitis atópica debida a alergia alimenticia | <input type="checkbox"/> K52.81 Gastritis/gastroenteritis eosinofílica | <input type="checkbox"/> K90.9 Malabsorción intestinal |
| | <input type="checkbox"/> R62.50 Falta de crecimiento en recién nacidos de menos de 28 días | <input type="checkbox"/> K90.4 Malabsorción debida a intolerancia |
| | <input type="checkbox"/> R62.51 Falta de crecimiento (niños mayores de 28 días) | <input type="checkbox"/> K91.2 Síndrome del intestino corto |
| | | <input type="checkbox"/> R63.6 Peso insuficiente |

PREMATUROS

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> R62.0 Retraso en los hitos del desarrollo | <input type="checkbox"/> R62.51 Falta de crecimiento (niños mayores de 28 días) | <input type="checkbox"/> R63.3 Dificultades de alimentación |
| <input type="checkbox"/> R62.50 Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> P92.6 Falta de crecimiento en recién nacidos (< 28 días) | |

OTRO (anotar aquí):

_____ _____ _____

PRODUCTOS (la lista no incluye todos los productos)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PurAmino™ Infant | <input type="checkbox"/> Nutramigen® con Probiótico LGG® para Niños Pequeños |
| <input type="checkbox"/> PurAmino™ Jr Sin sabor | <input type="checkbox"/> Enfamil NeuroPro™ EnfaCare®: (seleccionar tipo) <input type="checkbox"/> polvo <input type="checkbox"/> liquido |
| <input type="checkbox"/> PurAmino™ Jr Sabor Vainilla | <input type="checkbox"/> Pregestimil®: (seleccionar tipo) <input type="checkbox"/> polvo <input type="checkbox"/> liquido |
| <input type="checkbox"/> Nutramigen®: (seleccionar tipo) | <input type="checkbox"/> Metabólico (anotar aquí): _____ |
| <input type="checkbox"/> polvo (con Probiótico LGG®) <input type="checkbox"/> liquido | <input type="checkbox"/> Otro (anotar aquí):: _____ |

INFORMACIÓN DE DOSIFICACIÓN

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

Suministro de Días: _____ Recargas: _____ Duración necesaria: _____

El producto anterior proporcionará a mi paciente _____ el % de sus necesidades nutricionales diarias.

Ruta de administración: Oral Sonda de alimentación Bolo Gravedad Bomba

Mi paciente ha probado/descartado múltiples fórmulas y requiere la fórmula anterior para satisfacer sus necesidades nutricionales.

Fórmula(s) Probada(s): _____

Mi paciente tiene una condición de salud identificada que le prohíbe probar otras fórmulas debido a los efectos adversos para la salud que provocaría.

Firma del Prescriptor: _____ Fecha: _____

