

## 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
- Una copia delante/detrás de la tarjeta de seguro del paciente
- Prescripción
- Carta de Necesidad Médica
- Expedientes Médicos/Clínicos

### *Si aplica:*

- CMS 1500 (*si Cambrooke Therapeutics esta usando facturación directa*)
- Formulario de Autorización de BCBS para la Divulgación de Información (*si el paciente tiene BCBS*)

**Introducción** CAMBROOKEcare, un programa de asistencia de cobertura ofrecido a través de Cambrooke Therapeutics, 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. Cambrooke 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**  
(Complete la información)

Nombre del Paciente	Número de Membresía del Seguro Médico
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
Nombre de la Clínica	Género
	Nombre y Número Telefónico del Médico y Dietista (no use sellos)

**Información del Subscriptor**  
(Nada más complete si el subscriptor no es el paciente, e.g. padre/madre)

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

**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 Cambrooke Therapeutics, 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 por 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 Cambrooke Therapeutics, 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 Cambrooke Therapeutics 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 Cambrooke Therapeutics. 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 Cambrooke Therapeutics 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 Cambrooke Therapeutics, Inc 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 Cambrooke Therapeutics, 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 Cambrooke Therapeutics, 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 \_\_\_\_\_



# HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM COMMITTEE (NUCC) 02/12

CARRIER

PICA		PICA	
1. MEDICARE <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> TRICARE <input type="checkbox"/> CHAMPVA <input type="checkbox"/> GROUP HEALTH PLAN <input type="checkbox"/> FECA BLK LUNG <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> (Medicare#) (Medicaid#) (ID#/DoD#) (Member ID#) (ID#) (ID#) (ID#)		1a. INSURED'S I.D. NUMBER (For Program in Item 1)	
2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)		3. PATIENT'S BIRTH DATE MM DD YY SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
5. PATIENT'S ADDRESS (No., Street)		6. PATIENT RELATIONSHIP TO INSURED Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	
CITY	STATE	7. INSURED'S ADDRESS (No., Street)	
ZIP CODE	TELEPHONE (Include Area Code) ( )	CITY	STATE
9. OTHER INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)		8. RESERVED FOR NUCC USE	
a. OTHER INSURED'S POLICY OR GROUP NUMBER		10. IS PATIENT'S CONDITION RELATED TO: a. EMPLOYMENT? (Current or Previous) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
b. RESERVED FOR NUCC USE		b. AUTO ACCIDENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO PLACE (State) _____	
c. RESERVED FOR NUCC USE		c. OTHER ACCIDENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
d. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME		10d. CLAIM CODES (Designated by NUCC)	
11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER		11. INSURED'S DATE OF BIRTH MM DD YY SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payment of government benefits either to myself or to the party who accepts assignment below. SIGNED _____ DATE _____		b. OTHER CLAIM ID (Designated by NUCC)	
13. INSURED'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described below. SIGNED _____		c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME	
14. DATE OF CURRENT ILLNESS, INJURY, or PREGNANCY (LMP) MM DD YY QUAL. _____		d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes, complete items 9, 9a, and 9d.	
15. OTHER DATE MM DD YY QUAL. _____		13. INSURED'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described below. SIGNED _____	
17. NAME OF REFERRING PROVIDER OR OTHER SOURCE		16. DATES PATIENT UNABLE TO WORK IN CURRENT OCCUPATION FROM MM DD YY TO MM DD YY	
17a. _____		18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES FROM MM DD YY TO MM DD YY	
17b. NPI _____		20. OUTSIDE LAB? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO \$ CHARGES _____	
19. ADDITIONAL CLAIM INFORMATION (Designated by NUCC)		22. RESUBMISSION CODE _____ ORIGINAL REF. NO. _____	
21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY Relate A-L to service line below (24E) ICD Ind. _____ A. _____ B. _____ C. _____ D. _____ E. _____ F. _____ G. _____ H. _____ I. _____ J. _____ K. _____ L. _____		23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER _____	
24. A. DATE(S) OF SERVICE From MM DD YY To MM DD YY B. PLACE OF SERVICE C. EMG D. PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances) CPT/HCP/PCS MODIFIER E. DIAGNOSIS POINTER		F. \$ CHARGES G. DAYS OR UNITS H. EPSDT Family Plan I. ID. QUAL. J. RENDERING PROVIDER ID. #	
1		NPI	
2		NPI	
3		NPI	
4		NPI	
5		NPI	
6		NPI	
25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER SSN EIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		26. PATIENT'S ACCOUNT NO. 27. ACCEPT ASSIGNMENT? (For govt. claims, see back) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
28. TOTAL CHARGE \$ _____		29. AMOUNT PAID \$ _____	
30. Rsvd for NUCC Use		31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER INCLUDING DEGREES OR CREDENTIALS (I certify that the statements on the reverse apply to this bill and are made a part thereof.)	
32. SERVICE FACILITY LOCATION INFORMATION		33. BILLING PROVIDER INFO & PH # ( )	
SIGNED _____ DATE _____		a. NPI b. _____	

PATIENT AND INSURED INFORMATION

PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION

# 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 Cambrooke Therapeutics, 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: Cambrooke Therapeutics, 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: \_\_\_\_\_