



Formulario de Seguro Médico Público & Privado

INFORMACIÓN DEL NIÑO(A)		
Nombre:	Inicial:	Apellido:
SS del niño(a):		Fecha de Nacimiento:

Medicaid Nuevo México paga por los servicios del Programa FIT (El Departamento de Salud paga la porción del Estado)

INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD PÚBLICO (Incluyendo Medicaid / Medicare / Tricare)	
Nombre del plan de salud público:	Id # / Miembro #:

De acuerdo con la ley del Estado de Nuevo México, los planes privados de seguro de salud deben de reembolsar hasta \$3,500 por año por los servicios del Programa FIT. El Departamento de Salud paga por cualquier servicio de más de \$3,500. Las familias no pagan co-pagos ni deducibles.

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD PRIVADO		
Nombre de la compañía de seguro de salud:	Teléfono de la compañía de seguro de salud (vea el reverso de la tarjeta):	
Dirección de la compañía de seguro salud (vea el reverso de la tarjeta para enviar la reclamación):		
Dirección de la calle:		
Ciudad:	Estado:	Área postal+4:
Número del grupo/Nombre del plan (nota: puede ser el nombre de la empresa):		Fecha de la elegibilidad:
Grupo # (si aplica):	# de la póliza /# del miembro:	

SEGURO DE SALUD PRIVADO – INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (Por favor use otro formulario si el niño(a) está cubierto por varias pólizas)		
Nombre:	Inicial	Apellido:
SSN del asegurado:	Empresa:	
Parentesco con el niño/a (marque uno) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro (especifique)		
Dirección del asegurado:		
Ciudad:	Estado:	Área postal+4:

Si es posible copie el frente y el dorso de la tarjeta de seguro de salud

Si el niño/a no tiene Medicaid ni seguro de salud privado – use la Hoja de Cálculo de Seguro para determinar si es él (ella) es elegible para algún seguro de salud público o privado.

Para ser completado por los padres. (Por favor marque lo que sea pertinente):

- Yo estoy de acuerdo Yo no estoy de acuerdo en que la información arriba mencionada es correcta a la fecha e informaré a la agencia que brinda servicios de FIT acerca de cualquier cambio.
- Yo estoy de acuerdo Yo no estoy de acuerdo con que el Programa FIT de NM envíe la cuenta a la compañía de seguro de salud de nuestro niño/a /incluyendo Medicaid) por los servicios de intervención temprana que hemos recibido y entendemos que no se nos cobrará ningún co-pago ni deducible. También entiendo que yo puedo quitar mi consentimiento para revelar a cualquier compañía de seguro de salud ya sea pública o privada, cualquier información personal que me identifique, con el propósito de que envíen la cuenta por los servicios.

Firma del padre:	Fecha:
Firma del padre:	Fecha: