

El Centro Regional de San Diego (SDRC)
Aplicación para Co-pago, Coaseguro, o Deducible
Para Servicios de Tratamiento de Salud del Desarrollo

Le requerimos la siguiente información para revisar su solicitud de asistencia del CRSD para sus co-pagos, coaseguro, o deducible de su seguro médico para los servicios de tratamiento de salud en el desarrollo de su hijo. **El completar esta solicitud inicia el proceso de revisión pero no garantiza financiamiento de co-pagos, coaseguro, o deducible de parte de SDRC.**

El CRSD podrá continuar con el proceso de revisión de su solicitud cuando toda la información en la parte inferior se haya recibido.

I. Información sobre el cliente y seguro

Nombre del Cliente _____ FDN: _____ UCI: _____
Apellido Nombre

Número de hijo/s en la familia los cuales son clientes del Centro Regional: _____

Cantidad de miembros en su familia: _____

Tiene empleo: Madre Si No Padre Si No

Plan Privado de Seguro Médico: _____

Tipo: HMO PPO POS

Plan Privado de Seguro Secundario: _____

Tipo: HMO PPO POS

MediCal: NO SI _____ Número de tarjeta MediCal

POR FAVOR COMUNIQUESE CON SU COMPANIA DE SEGUROS O DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA OBTENER LA SIGUIENTE INFORMACION:

Su máximo individual fuera de bolsillo _____

El pago diario de co-pagos _____

El deducible de su plan si es aplicable al servicio _____

El mes que se restauran sus beneficios _____

II. Servicios por los cuales usted está solicitando asistencia: (los servicios tienen que estar relacionados con la discapacidad del desarrollo/retraso en el desarrollo; acordados con el equipo de planeamiento y estar incluidos en el Plan de Programa Individualizado (IPP) o el Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) del cliente)

Tipo de Servicio _____

Nombre del Proveedor: _____ en la red/Network fuera del Network

Frecuencia del Servicio: _____

Tipo de Servicio _____

Nombre del Proveedor: _____ en la red/Network fuera del Network

Frecuencia del Servicio: _____

Tipo de Servicio _____

Nombre del Proveedor: _____ en la red/Network fuera del Network

Frecuencia del Servicio: _____

III. La elegibilidad para asistencia con los co-pagos, coaseguro, o deducible requieren la revisión del ingreso familiar anual bruto.

Favor anexe una copia de **uno** de los siguientes documentos para verificación:

- Copia de la declaración de ingresos Federales del año anterior
- Copia de la declaración de ingresos Estatales del año anterior
- Declaración de ingresos W2
- Talones de cheques

IV. Favor leer cuidadosamente la siguiente información:

- Estoy de acuerdo en firmar los formularios de Autorización para Divulgar información para que el CRSD pueda obtener información de mi compañía de seguro médico, y del proveedor/es de los servicios de tratamiento de salud del desarrollo.
- Entiendo que debo cumplir con los requisitos de elegibilidad financiera para que el CRSD pueda financiar mi co-pago, coaseguro, o deducible para los servicios de tratamiento de la salud del desarrollo.
- Entiendo que si no cumplo con los requerimientos de elegibilidad financiera, el financiamiento de mis co-pagos, coaseguro, o deducible pudiera ser considerado si puedo demostrar un evento extraordinario, una pérdida catastrófica, o costos médicos significativos no reembolsables. Entiendo que debo proporcionar la información necesaria que verifique cualquier necesidad financiera.
- Entiendo que mi proveedor de servicios debe ser un proveedor del Centro Regional.
- Entiendo que el financiamiento de co-pago, coaseguro, o deducible será con la tarifa de proveedor dentro de la red.
- Entiendo que los servicios por los cuales estoy solicitando reembolso de co-pago, coaseguro, o deducible deben estar incluidos en el Plan de Programa Individualizado (IPP) o el Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) de mi hijo.
- Entiendo que mi firma en la parte inferior autoriza al CRSD a realizar los co-pagos, coaseguro, o deducible requeridos directamente al proveedor de servicios.

Favor regrese este formulario, fírmelo, junto con lo siguiente:

- Una copia de la tarjeta de su seguro médico (ambos lados)
- Verificación del ingreso anual bruto
- Los formularios de Autorización para Divulgar información firmados; un formulario completado por su compañía de seguro, y el/los otro/s formulario/s completado/s por su proveedor/es.

Firma del Asegurado

Fecha

Nombre en imprenta

Regrese los formularios a: San Diego Regional Center
Insurance Coordinator
4355 Ruffin Road
San Diego, CA 92123