

Formulario de selección antes del nacimiento

Complete todos los campos. Envíe el formulario completo por fax al 937-487-0904.

También puede completar el formulario llamando a Servicios para Afiliados al

1-844-607-2829 (TTY: 1-800-743-3333 o 711) o ingresando a su cuenta de

MyCareSource o en línea en <https://secureforms.caresource.com/es/prebirth/2022/in>.

Fecha de hoy

Nombre de la persona que completa el formulario
(en letra de imprenta)

Número de teléfono de contacto

Información del afiliado

Nombre del afiliado (madre)

Fecha de nacimiento (madre)

N.º de identificación de registro del afiliado (madre)

Número de teléfono

Fecha estimada de parto

Dirección de correo electrónico

Información del proveedor del recién nacido

Proveedor médico principal (PMP) seleccionado

Dirección de PMP
postal

Ciudad

Estado

Código

Número de identificación nacional del proveedor (NPI) (si se conoce)

Número de teléfono

Firma de la madre

Fecha

Si el PMP ya tiene su capacidad completa, el PMP debe firmar debajo para autorizar la incorporación del recién nacido.

Firma del proveedor

Fecha

Nombre del proveedor en letra de imprenta