

Acuse de recibo del formulario de selección de proveedores de servicios intensivos de salud conductual (IBHS, por sus siglas en inglés) individuales y de ABA

Fecha: _____

Nombre del Miembro: _____ MAID#: _____

Condado del Miembro:

☐ Cumberland ☐ Dauphin ☐ Franklin ☐ Fulton ☐ Lancaster ☐ Lebanon ☐ Perry

Nivel o niveles de atención de IBHS prescritos en la orden escrita (o en la evaluación de mejores prácticas):

Mi firma a continuación indica que me han proporcionado una copia del formulario de listado de proveedores de servicios intensivos de salud conductual (IBHS, por sus siglas en inglés) y que me han informado de todos los proveedores dentro de la red que hay en el condado donde yo soy elegible o mi niño es elegible para recibir Asistencia Médica. En este momento, elijo al siguiente proveedor como mi proveedor de servicios intensivos de salud conductual: _____.

NOTA: Si usted tiene un seguro comercial primario y los servicios son para el trastorno del espectro del autismo, estos servicios pueden estar cubiertos por la Ley 62 de Pensilvania. Por favor, consulte a su seguro primario para determinar su cobertura y elija un proveedor que participe en la red de su seguro comercial y PerformCare.

Firma del Miembro/padre/tutor: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Miembros que residen en el área metropolitana: 1-888-722-8646
Miembros que residen en los condados de Franklin/Fulton: 1-866-773-7917
Proveedores: 1-888-700-7370 Fax: 1-855-707-5823
Dirección postal: 8040 Carlson Road Harrisburg, PA 17112