

**FORMULARIO PARA SOLICITAR UN EXTRACTOR DE LECHE MATERNA /  
PRESCRIPCIÓN MÉDICA ESCRITA**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_  
**Apellido del Paciente:** \_\_\_\_\_  
**Número del Paciente:** \_\_\_\_\_  
**Correo Electrónico del Paciente:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento del Paciente (MM/DD/YYYY):** \_\_\_\_\_

**Dirección del Paciente (Ciudad, Estado, Código Postal):**  
\_\_\_\_\_

**Fecha Estimada de Parto (MM/DD/YYYY):** \_\_\_\_\_

**Compañía de Seguros\*\*:** \_\_\_\_\_  
**N.º de Identificación del Seguro:** \_\_\_\_\_  
**N.º de Grupo del Seguro:** \_\_\_\_\_



**Opciones de Extractores de Leche (marque una opción):**

- Spectra S2 Plus Electric Breast Pump
- Zomee Z2
- Lansinoh SmartPump™ Double Electric
- Ameda Mya Joy Electric
- Medela Pump in Style with MaxFlow® Electric
- Ameda Glo Wearable

\*Mejora: \_\_\_\_\_ (consulte el sitio web [breastpumps123.com](http://breastpumps123.com) o use el código QR para elegir su extractor de leche materna) - *Completar en el sitio web para pagar la tarifa de mejoras*

\*Se aplicará una tarifa a todas las mejoras. Breastpumps123 lo llamará para cobrar la tarifa antes de la entrega de su extractor de leche materna.

**Firma del Paciente**

**Fecha**

\_\_\_\_\_

**Artículos Prescritos (Producto y código HCPCS):** \_\_\_\_\_

**Código de Diagnóstico (ICD-10):** \_\_\_\_\_

**Nombre del Proveedor o de la Partera:** \_\_\_\_\_

**Firma de Proveedor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**N.º de Teléfono:** \_\_\_\_\_

**N.º de NPI:** \_\_\_\_\_

Recordatorio: Medicaid solo cubre un extractor de leche materna cada 3 años. \*\*Los pacientes de United Healthcare necesitan que las notas clínicas se envíen por fax con la Rx. El seguro solo cubre un extractor de leche por embarazo. BreastPumps123 tiene muchas opciones para clientes que pagan en efectivo. Llame al 208-724-426

## INSTRUCCIONES DE PEDIR

1. Complete todo el FORMULARIO DE PEDIDO ORDER, elija su extractor de leche materna, firme y pida a su médico que también firme al comienzo de su tercer trimestre.
2. Toma una foto del FORMULARIO y envíala por:
  - **Correo Electrónico:** orders@breastpumps123.com
  - **Fax:** (208) 639-1155
  - **Suba:** en Breastpumps123.com
3. El extractor de leche materna se enviará a su domicilio en un plazo de 1–5 días. La entrega local está disponible a solicitud. **El envío es gratuito.**

