



Para mejorar la salud de nuestras comunidades por identificando soluciones sostenibles en cuestiones de salud comunitario, formando asociaciones para llevar a cabo estrategias y demostrando nuestro éxito a través de medida de resultados.

MAIN OFFICE *707 N Armstrong Place, Boise, ID 83704-0825 (208) 327-7450 Fax (208) 327-8580

Cubrimiento de Aseguransa para Inmunizaciones

Aseguaransa Privada para el cubrimiento de Inmunizaciones de niñez: **ASEGURESE SI ES CUBIERTO!** Llamando el numero de teléfono que se encuentra en su tarjeta medical, usted puede determinar si abra co-pagos o deductibles que se le aplicaran y será responsable para el pago. Este cuestionario proporciona preguntas sugeridas para que le pueda preguntar a su aseguransa. Esto no es una lista completa, otros asuntos podrían aplicar dependiendo de sus beneficios.

Por favor comparta este cuestionario completado con su medico.

Preguntas para su aseguransa de salud:

Tengo aseguransa para cubrir INMUNIZACIONES?

Si No

Ay restricciones en el cubrimiento?

Si No Que _____

Ay algunas Inmunizaciones que no son cubierta, por e. Virus del Papiloma Humano?

Si No Que _____

Tendré que pagar algún costo de INMUNIZACIONES?

Por ejemplo:

- Co-pagos o co-asegura
 Si No Cuanto_____
- Deductibles que serán aplicadas al costo de INMUNIZACIONES?
 Si No Cuanto_____
- El costo adicional si obtengo a un proveedor fuera de mi red., por e Central District Health Department
 Si No Cuanto_____

Ay algún cubrimiento máximo anualmente para servicios de bien estar o servicios preventivos que pueden afectar mi cubrimiento para INMUNIZACIONES?

Si No Máximo_____

*El balance direjido al max.** _____

Este seguro, verifique su estado de cubrimiento para INMUNIZACIONES antes de su visita para vacunas, estado de cubrimiento puede cambiar.

*Puede no incluir el costo de sus pendientes reclames.