

Servicios de seguros de Oticon Medical

El equipo de Servicios de Seguros de Oticon Medical está aquí para hacer que el proceso sea sencillo y fácil para usted y el hospital o clínica. Trabajaremos con usted para hacer todo, desde la verificación de los beneficios hasta enviar la documentación a los proveedores de seguros para pedir y recibir la autorización previa para el procedimiento. Hacemos esto de manera confidencial y privada para proteger su información de atención médica en cada paso del proceso.

Usted debe completar la lista de verificación:

- Formulario de información para servicios de seguros (Página 1)
- Aviso de prácticas de privacidad (Página 2)
- Reconocimientos y exenciones del paciente (Página 3-5)
- Copia de las tarjetas de seguro (copias claras/agrandadas del frente y atrás)
- Formulario de consentimiento de entrega de Medicare (solo pacientes de Medicare - Página 6)

Cuando complete todos los documentos mencionados arriba, envíelos por correo o fax como se menciona abajo:

Oticon Medical
580 Howard Avenue
Somerset, New Jersey 08873
Teléfono: 1.855.400.9761
Fax: 888.683.8736
Correo electrónico: InsuranceServices@oticonmedical.com

Si falta alguno de estos documentos, no podremos comenzar el proceso. Así que asegúrese de enviar TODOS estos documentos completados. Tenga en cuenta que su audiólogo y médico requerirán documentación adicional. Para obtener la lista completa de documentos, visite www.oticonmedical.com/us/bone-conduction/new-to-bone-conduction/conseguir-un-punto/apoyo-seguro. No dude en contactarnos si tiene alguna pregunta o necesita ayuda.

Para su comodidad, estos formularios también están disponibles en nuestro sitio web, lo que le permite completarlos y enviarlos electrónicamente. Visite www.oticonmedical.com/us Soporte de seguro.

Formulario de información para servicios de seguros de Oticon Medical

Devuelva este formulario completo y firmado a:
Oticon Medical, 580 Howard Avenue, Somerset, NJ 08873
Teléfono: 1.855.400.9761 | Fax: 888.683.8736 | InsuranceServices@oticonmedical.com

Usted/el usuario debe completarlo

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F
Dirección/ciudad/estado/código postal: _____
Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____
Padre/Madre/tutor del paciente o persona de contacto autorizada: _____
Contacto de emergencia (obligatorio): _____
Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____
Correo electrónico del paciente: _____
Enviarme por correo electrónico información del estado de la solicitud:
Lados implantados: Derecho: Izquierdo: Fecha del implante original: Derecho: _____ Izquierdo: _____
Nombre del PCP: _____ Teléfono del PCP: _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS

Seguro principal:

Nombre de la aseguradora: _____ Teléfono de la aseguradora: _____
Identificación del miembro: _____ Identificación del grupo: _____
Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
Empleador del suscriptor: _____
Tipo de plan de seguros: PPO POS Medicare Medicaid Otro: _____

Seguro secundario:

Nombre de la aseguradora: _____ Teléfono de la aseguradora: _____
Identificación del miembro: _____ Identificación del grupo: _____
Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
Empleador del suscriptor: _____
Tipo de plan de seguros: PPO POS Medicare Medicaid Other: _____

Seguro terciario - si corresponde:

Nombre de la aseguradora: _____ Teléfono de la aseguradora: _____
Identificación del miembro: _____ Identificación del grupo: _____
Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
Empleador del suscriptor: _____
Tipo de plan de seguros: PPO POS Medicare Medicaid Other: _____

Aviso de prácticas de privacidad

Usted/el usuario debe completarlo

Nuestras responsabilidades

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida (PHI).
- Le avisaremos de inmediato si hay una vulneración que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle a usted una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la que se menciona aquí, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos autoriza hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos de usted. El aviso nuevo estará disponible a solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Otras instrucciones para el aviso

Fecha de inicio de vigencia de este aviso: 01 de febrero de 2017

Complete este acuse de recibo y devuélvalo al Departamento de Reembolsos de Oticon Medical, ya sea por fax al teléfono 732.568.7130 o por correo a 580 Howard Avenue, Somerset, NJ 08873.

ACUSE DE RECIBO

Por este medio acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad de Oticon Medical.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Si el paciente es un hijo menor o dependiente:

Nombre en letra de molde del padre/madre o tutor: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

Reconocimientos y exenciones del paciente

Usted/el usuario debe completarlo

Cesión de los beneficios

Para los beneficiarios de Medicare:

Entiendo que Medicare paga los implantes del procesador de sonido y los servicios quirúrgicos relacionados en determinadas condiciones. Entiendo que Oticon Medical me informará con anticipación si espera que Medicare apruebe o deniegue la cobertura para los servicios que estoy pidiendo debido a mi condición médica y otras circunstancias. También entiendo que puedo elegir la opción de recibir un servicio de Oticon Medical, incluso si Oticon Medical cree que la cobertura de Medicare es poco probable.

Si recibo los implantes de procesador de sonido o servicios relacionados de Oticon Medical, firmando este formulario autorizo y cedo a Oticon Medical el derecho de pedir y recibir el pago de Medicare, y el derecho a interponer todas las apelaciones y demandas administrativas y cualquier otra causa de acción según sea necesario para obtener el pago. Entiendo que, aún si Medicare paga a Oticon Medical el servicio que me prestaron, es posible que sea responsable de pagar el deducible, coseguro, copago u otra cantidad de pago según las normas del programa Medicare. Entiendo que Oticon Medical puede facturarme esta cantidad y asumo la responsabilidad de pagarla en su totalidad.

También entiendo que, si recibo un servicio que Medicare no cubre en ninguna circunstancia o para el que Medicare deniegue el pago debido a mi condición médica u otra circunstancia, es posible que Oticon Medical me envíe una factura por el costo de los servicios que me prestaron y asumo la responsabilidad de pagar la cantidad facturada total. También entiendo que si Medicare deniega el pago de un servicio que recibí, tengo derecho de apelar esa determinación.

Para todos los demás beneficiarios:

Autorizo y cedo a Oticon Medical el derecho de pedir y recibir el pago de mi aseguradora, y el derecho de interponer todas las apelaciones y demandas administrativas y cualquier otra causa de acción, según sea necesario para obtener el pago relacionado con haber recibido los implantes de procesador de sonido o los servicios relacionados de Oticon Medical.

Obligación financiera

Entiendo que si mi seguro médico no cubre o deniega el pago de cualquiera de los servicios que me prestaron, Oticon Medical puede enviarme una factura por esos servicios, a menos que hacerlo esté prohibido por la ley estatal o federal, y asumo la responsabilidad del pago de la cantidad facturada total. Además, por este medio transfiero y cedo a Oticon las cantidades de cualquier reclamo, procedimiento, demanda o acción por daños pagaderas a mí, mi representante o mis herederos, hasta el costo de los servicios que Oticon Medical me haya prestado no cubiertos por mi seguro médico.

Certifico que la información financiera y de seguros que di es correcta y que me informaron de mis obligaciones financieras.

Uso de información

Entiendo que mi firma en este formulario da a Oticon Medical la autoridad de usar o revelar mi información médica protegida para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica y como se establece en el Aviso de prácticas de privacidad. Recibí una copia de los folletos para el paciente incluyendo el Aviso de prácticas de privacidad (se necesita la firma), la descripción de los servicios, incluyendo cómo comunicarse con la compañía y cómo presentar una queja formal o una queja, la declaración de derechos y responsabilidades del paciente y los estándares del proveedor de Medicare.

Certifico que leí estos documentos/pólizas y mi firma indica mi comprensión y consentimiento.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si el paciente es un hijo menor o dependiente:

Firma del padre/madre o tutor: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Autorización de revelación de información médica

Autorizo al Apoyo para Reembolso de Seguros de Oticon Medical a revelar la información pertinente de mi condición médica con el propósito de asegurar la información de los beneficios de seguro médico, autorización o pago de los dispositivos o servicios. Entregaré una copia actualizada de cualquier tarjeta de identificación del seguro, números de pólizas e información demográfica a Oticon Medical si me lo piden. También autorizo a Apoyo para Reembolso de Seguros de Oticon Medical a actuar como mi representante y en mi nombre para garantizar todas las autorizaciones necesarias de mi aseguradora relacionadas con los procedimientos u órdenes que incluyan un dispositivo médico fabricado por Oticon Medical, incluyendo, si es necesario, cualquier apelación de una denegación del beneficio y facturar a mi aseguradora por las partes de reemplazo. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento dando a mi médico o a Oticon Medical una declaración para retener mi información personal y médica a partir de ese momento.

Cesión de los beneficios

Pido que el pago de los beneficios de seguro autorizados se haga en mi nombre a Oticon Medical por cualquier equipo o servicios que Oticon Medical me preste.

Entiendo y acepto que se puede enviar una copia de esta autorización o cesión de los beneficios, cuando la haya firmado yo, mi representante autorizado o un tutor, a mi aseguradora o proveedor de atención médica, si la piden. Una copia de esta autorización y de la cesión de los beneficios será tan válida como un original y Oticon Medical puede comparar mi firma en el archivo en relación con esta autorización o esta cesión de los beneficios.

Con mi firma o una firma autorizada o marcando la casilla para aceptar los Términos y condiciones en línea, entiendo y acepto lo siguiente:

Obligación financiera

Soy responsable financieramente ante Oticon Medical por cualquier cargo no cubierto por mis beneficios de atención médica y por cualquier parte de cualquier cargo denegado por mis beneficios de atención médica según la ley aplicable;

Soy responsable de avisar a Oticon Medical de cualquier cambio en mi dirección y mi cobertura de atención médica, y si no lo hago, podría dar lugar a retrasos en el procesamiento de mi orden o en la imposibilidad de procesar mi orden;

En algunos casos, no es posible determinar los beneficios de seguros exactos hasta que la aseguradora reciba el reclamo y esto puede trasar el procesamiento de mi pedido con Oticon Medical;

Debido a que estoy cediendo a Oticon Medical mi derecho a recibir el pago directamente de mi aseguradora o de Medicare o Medicaid, si recibo el pago directamente, acepto reembolsar totalmente a Oticon Medical cuando me lo pidan por el costo de mis órdenes y entiendo que Oticon Medical tiene el derecho de recuperar de mí el costo de cobros si yo no reembolso a Oticon Medical de manera correcta y oportuna, en esta circunstancia;

Reenviaré oportunamente (en 5 días laborables) toda la correspondencia de seguros (como la explicación de los beneficios y otros formularios o comunicaciones similares) relacionadas con mis pedidos a la dirección de Oticon Medical que se menciona abajo;

Acepto que recibí o vi en línea una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Oticon Medical, y proveedor de atención médica o a Oticon Medical los servicios o artículos que estén cubiertos. Sin embargo, no existe ninguna garantía de que Oticon Medical recibirá la autorización o el pago de mi proveedor de seguros.

Uso de información

Entiendo que Oticon Medical es un proveedor de dispositivos médicos y debo ir con mi propio proveedor de atención médica para las recomendaciones médicas, diagnóstico y resultados esperados del uso de un dispositivo implantable de Oticon Medical. Adjunto a este documento recibí una copia de la Declaración de derechos y responsabilidades del beneficiario del servicio de facturación, los estándares del proveedor DME POS, el Aviso de prácticas de privacidad y la descripción del servicio de facturación. Recibí el manual/instrucciones del producto y la información de la garantía, si corresponde. Entiendo que puedo presentar una queja sin preocuparme de ser objeto de represalias, discriminación o interrupción del servicio injustificada llamando a Servicio al Cliente al teléfono **888-277-8014**. Entiendo que el **horario de atención del Servicio de Facturación es de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. ET**. Si tengo una emergencia, debo comunicarme con mi propio proveedor de atención médica.

Autorización de revelación de información médica

Firmando, certifico que la información que di en este formulario es verdadera, correcta y completa, y entiendo y acepto los términos de esta autorización y cesión de los beneficios. Reconozco que cualquier información inexacta que incluya en este formulario o la omisión de la información exacta puede retrasar el proceso de mi reclamo o de mis órdenes o será motivo para que Oticon Medical deje de darme partes, reparaciones o servicio.

Acuse de recibo

Por este medio acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad de Oticon Medical:

Certifico que leí estos documentos/pólizas y mi firma indica mi comprensión y consentimiento.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si el paciente es un hijo menor o dependiente:

Firma del padre/madre o tutor: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Estimado Cliente de Ponto,

Gracias por seleccionar el sistema Ponto: el probado sistema auditivo osteointegrado de Oticon Medical que ofrece una gran calidad de sonido en un diseño discreto y fácil de usar.

Oticon Medical es un proveedor acreditado para Medicare y otros programas de seguros. Hemos facturado a su seguro por su dispositivo y se requiere su firma en el documento adjunto que se detalla a continuación:

- Documento de prueba de entrega

Es imperativo que, como parte de este proceso, Oticon Medical confirme que su dispositivo efectivamente le ha sido entregado para su uso. Si no recibimos su confirmación de que ha recibido su dispositivo, es posible que usted sea responsable del costo total del artículo.

Apreciamos mucho su cooperación con nuestra solicitud. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el equipo de reembolso de Oticon Medical al 855.400.9761.

Gracias de antemano,
Oticon Medical, LLC
Departamento de Reembolso

ASIGNACIÓN DE BENEFICIO/PRUEBA DE ENTREGA/PLAN DE SERVICIO

Por la presente asigno los beneficios médicos a los que tengo derecho; Autorizo y ordeno a mis compañías de seguros, incluidos Medicare, seguros privados y cualquier otro plan médico/de salud, que emitan cheques de pago directamente a Oticon Medical por los servicios prestados a mí y/o a mis dependientes, independientemente de mis beneficios de seguro, si los hubiera. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierto por el seguro.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

YO, _____ nombre del paciente) certifico que he recibido los servicios/productos acordados a través de Oticon Medical tal como se enumeran en el documento de envío incluido y que he leído y comprendido el manual del usuario y la información de la garantía.

Entiendo que puedo ver materiales de mercadeo de la empresa e información sobre el alcance de los servicios de la empresa en el sitio web de la empresa: <https://www.oticonmedical.com>.

Resultados esperados: Se proporcionarán al paciente los productos para cumplir con la prescripción del médico. El paciente utilizará el producto según lo prescrito por el médico. El paciente sabrá cómo obtener servicios de seguimiento según sea necesario.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento para Entregar Artículos Cubiertos por Medicare

Yo, _____ doy mi consentimiento a Oticon Medical para enviar el procesador de sonido cubierto por Medicare al cuidado de:

Audiólogo prescriptor

en

Dirección del centro/clínica

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si el paciente es un hijo menor o dependiente:

Firma del padre/madre o tutor: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____