

# Formulario de Información para 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.

Estamos comprometidos a brindar a nuestros pacientes la mejor atención y servicio posibles. Para ayudar a garantizar un proceso sin problemas, asegúrese de enviar los documentos que se describen a continuación y que deben ser completados por el paciente, el tutor o el representante autorizado:

- Formulario de admisión de servicios de seguro
- Reconocimientos y exenciones del paciente
- Envíe copias por delante y por detrás de su tarjeta de seguro a Servicios de Seguros
-  Corresponde, Aviso de Beneficiario Avanzado de Medicare\*
- Si corresponde, acuerdo para la entrega electrónica del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPPA
- Reconocimientos de recibo del Aviso de Práctica de Privacidad

*\*Se le informará si el Aviso de Beneficiario Avanzado de Medicare es necesario.*

Tenga en cuenta que se requieren formularios adicionales que debe completar su proveedor de atención médica auditiva. Envíe los formularios completados y otros documentos requeridos a la dirección que aparece en la parte inferior de este formulario. Si falta alguno de estos documentos, no podremos comenzar el proceso.

Para ver la lista completa de documentos, vaya a [www.oticonmedical.com/us/bone-conduction/new-to-boneconduction/getting-a-ponto/insurance-support](http://www.oticonmedical.com/us/bone-conduction/new-to-boneconduction/getting-a-ponto/insurance-support). No dude en ponerse en contacto con nosotros 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](http://www.oticonmedical.com/us) en Soporte de seguros.

Continúa en la página siguiente.

Devuelva este formulario completado y firmado a:  
Oticon Medical, 580 Howard Avenue, Somerset, NJ 08873  
Teléfono: 1.855.400.9761 | Fax: 888.683.8736 | [InsuranceServices@oticonmedical.com](mailto:InsuranceServices@oticonmedical.com)

**oticon**  
MEDICAL

# Formulario de Información para Servicios de Seguros de Oticon Medical

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  Otro  
Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Alterno: \_\_\_\_\_  
Padre/Madre/Tutor del Paciente o Persona de Contacto Autoirizada: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico del paciente: \_\_\_\_\_ Enviarme por correo electrónico información del estado de la solicitud:   
Lados implantados:  Derecho  Izquierdo  Ambos lados

## INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_  
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico del proveedor: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_  
Tipo de plan de seguros:  PPO  POS  Medicare  Medicaid  Otro: \_\_\_\_\_

### Seguro Secundario (si corresponde):

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

### 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: \_\_\_\_\_  
Tipo de plan de seguros:  PPO  POS  Medicare  Medicaid  Otro: \_\_\_\_\_

Incluya copias por delante y por detrás de su tarjeta de seguro.

Si usa Docusign, cargue una imagen del frente de su tarjeta de seguro aquí.

Si usa Docusign, cargue una imagen del reverso de su tarjeta de seguro aquí.

Continúa en la página siguiente.

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

**oticon**  
MEDICAL

# Reconocimientos y Exenciones de Seguros para Pacientes

## A ser completados por el usuario de Ponto, tutor o representante autorizado

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

Entiendo que Oticon Medical es un proveedor de dispositivos médicos y debo confiar en mi propio proveedor de atención médica para obtener asesoramiento médico, diagnóstico y resultados esperados del uso de un dispositivo implantable de Oticon Medical.

## Cesión de Beneficios

Por la presente, cedo los beneficios de mi seguro para que se paguen directamente a Oticon Medical.

Entiendo y acepto que una copia de esta autorización y/o asignación de beneficios, cuando está firmada por mí, mi representante autorizado o un tutor legal, puede enviarse a mi compañía de seguros para la determinación de beneficios.

Autorizo y cedo a Oticon Medical el derecho a reclamar y recibir el pago de mi compañía de seguros, así como el derecho a interponer todas las apelaciones y litigios administrativos, así como cualquier otra causa de acción que sea necesaria para reclamar el pago relacionado con la recepción de implantes de procesadores de sonido y/o servicios relacionados de Oticon Medical.

## Responsabilidad Financiera

Entiendo que si mi seguro de salud no proporciona cobertura o niega el pago de cualquiera de los servicios que se me proporcionan, Oticon Medical puede facturarme por esos servicios, a menos que hacerlo esté prohibido por la ley estatal o federal, y asumo la responsabilidad del pago del importe facturado en su totalidad. Asimismo, transfiero y cedo a Oticon el producto de cualquier reclamación, procedimiento, demanda y/o acción por daños y perjuicios pagaderos a mí, a mi representante o a mi patrimonio, hasta el costo de aquellos servicios que me brindó Oticon Medical y que no están cubiertos por mi seguro médico.

Soy responsable de notificar a Oticon Medical cualquier cambio en mi dirección y en mi cobertura de atención médica, y el no hacerlo puede resultar en retrasos en el procesamiento de mi pedido o la imposibilidad de procesar mi pedido;

En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba la reclamación, lo que puede retrasar el procesamiento de mi pedido con Oticon Medical;

Dado que cedo a Oticon Medical mi derecho a recibir el pago directamente de mi compañía de seguros o de Medicare o Medicaid, si recibo el pago directamente, acepto reembolsar completamente a Oticon Medical, previa solicitud, el costo de mi(s) pedido(s) y entiendo que Oticon Medical tiene derecho a recuperarme el costo de cobro si no reembolso a Oticon Medical de manera adecuada y oportuna, en esta circunstancia;

Enviaré de inmediato (en un plazo de 5 días hábiles) toda la correspondencia del seguro (como la explicación de beneficios y otros formularios o comunicaciones similares) relacionada con mi(s) pedido(s) a la dirección de Oticon Medical que se indica a continuación;

Certifico que la información financiera y de seguros que proporcioné es correcta y que he sido informado de mis obligaciones financieras.

**Certifico que he leído estos documentos/políticas y mi firma indica mi comprensión y consentimiento.**

**Nombre del Paciente o Representante Autorizado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Paciente o Representante Autorizado Firma:** \_\_\_\_\_

*Si el paciente es menor de edad o dependiente*

**Padre o Tutor Legal Firma:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

*Si firma un representante autorizado, especifique la base (tutor, poder notarial duradero para fines de atención médica):*

\_\_\_\_\_

Continúa en la página siguiente.

Devuelva este formulario completado y firmado a:  
Oticon Medical, 580 Howard Avenue, Somerset, NJ 08873

Teléfono: 1.855.400.9761 | Fax: 888.683.8736 | [InsuranceServices@oticonmedical.com](mailto:InsuranceServices@oticonmedical.com)

**oticon**  
MEDICAL

# Reconocimientos y Exenciones de Seguros para Pacientes

## Aviso de Prácticas de Privacidad

Para ser completado por el usuario de Ponto, tutor o representante autorizado:

### Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### Cambios en los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, 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 Reconocimiento y devuélvalo al Departamento de Seguros de Oticon Medical, ya sea por fax al 888.683.8736 o por correo postal a 580 Howard Avenue, Somerset, NJ 08873.

### RECONOCIMIENTO

Por la presente reconozco haber recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Oticon Medical.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Si el paciente es menor de edad o dependiente*

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

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para Entregar Artículos Cubiertos

Yo, \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento a Oticon Medical para el envío del procesador de sonido cubierto al cuidado de:

\_\_\_\_\_  
*Audiólogo Prescriptor*  
en

\_\_\_\_\_  
*Dirección del Centro/Clínica*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Si el paciente es menor de edad o dependiente*

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

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Devuelva este formulario completado y firmado a:  
Oticon Medical, 580 Howard Avenue, Somerset, NJ 08873

Teléfono: 1.855.400.9761 | Fax: 888.683.8736 | [InsuranceServices@oticonmedical.com](mailto:InsuranceServices@oticonmedical.com)

**oticon**  
MEDICAL