

# Servicios de asistencia de seguros de Oticon Medical

El equipo de servicios de seguros de Oticon Medical está aquí para simplificar y facilitar el proceso para usted y su hospital o clínica. Trabajaremos con usted para hacer todo, desde la verificación de los beneficios hasta el envío de la documentación a los proveedores de seguros para solicitar y recibir la autorización previa para el procedimiento. Hacemos esto de manera confidencial y privada para proteger su información médica en cada paso del proceso.

Lista de verificación que deben completar el **otorrinolaringólogo (ENT) y el audiólogo:**  
*(tenga en cuenta que los médicos y audiólogos están familiarizados con estos formularios y la documentación necesaria)*

- Formulario de admisión de servicios de seguros (páginas 2 y 3)
- Carta de necesidad médica: Debe estar firmada por el ENT (página 4)
- Notas clínicas recientes y relevantes (pueden ser de una consulta al ENT o al audiólogo)
- Comprobante de entrega y encuesta (se devolverá después de la aprobación y el envío)

Asegúrese de completar el audiograma o prueba de respuesta auditiva provocada del tronco encefálico (ABR) más reciente y firmar la Carta de necesidad médica correspondiente (consulte la página 4)

Una vez que haya completado todos los documentos de arriba, envíelos por correo o fax como se indica abajo:

Oticon Medical  
580 Howard Avenue  
Somerset, New Jersey 08873  
Teléfono: 1-855-400-9761  
Fax: 888-683-8736  
Email: [InsuranceServices@oticonmedical.com](mailto:InsuranceServices@oticonmedical.com)

Si falta alguno de estos documentos, no podremos iniciar el proceso. Asegúrese de enviar TODOS estos documentos completos. Tenga en cuenta que se requerirá documentación adicional del paciente. Para obtener la lista completa de documentos, visite [www.oticonmedical.com/us/bone-conduction/new-to-bone-conduction/getting-a-ponto/insurance-support](http://www.oticonmedical.com/us/bone-conduction/new-to-bone-conduction/getting-a-ponto/insurance-support). No dude en comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda.

Para su conveniencia, estos formularios también están disponibles en nuestro sitio web, lo que le permitirá completarlos y enviarlos electrónicamente. Visite [www.oticonmedical.com/us](http://www.oticonmedical.com/us) en la sección de Insurance Support (Asistencia de seguros).

# Formulario de admisión de servicios de seguros

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

## Para que complete el ENT/médico

INFORMACION DEL MÉDICO	Debe ser completado por el ENT, el médico o el representante de la clínica
Médico: _____	Contacto de oficina: _____
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: _____	
Teléfono: _____	Fax: _____
TIN: _____	NPI: _____
Email: _____	

INFORMACIÓN DEL AUDIÓLOGO	
<b>Enviar a la clínica</b> <i>(use la dirección de envío si envía a la clínica)</i>	<b>Enviar al paciente</b>
Número de cuenta: _____	
Audiólogo: _____	Contacto de oficina: _____
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: _____	
Teléfono: _____	Fax: _____
TIN: _____	NPI: _____
Email: _____	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE
Nombre del paciente: _____
Número de teléfono del paciente: _____
Email del paciente: _____

Cant.	Modelo	Lado (solo P3SP)	Ponto 5 Mini, accesorio gratis	Ponto 3SP, accesorio gratis
___	Ponto 3 SuperPower	Derecho	ConnectClip	Streamer, negro
___	Ponto 5 Mini	Izquierdo	Remoto	Streamer, blanco
			EduMic	Reparación de tercer año

Cinta	Color de la cinta (elija uno)				Color del Ponto (elija uno)	
Bilateral	Beige	Amarillo	Cereza	Turquesa	Beige	Blanco plateado
Unilateral	Marrón	Morado	Azul	Índigo	Marrón	Blanco puro (P3)
	Negro	Rosado	Azul marino		Negro	Terracota (solo P5)
	Gris	Rojo	Verde		Gris	

# Formulario de admisión de servicios de seguros

Para que complete el ENT/médico

INFORMACION DE PROCEDIMIENTOS		Obligatorio solo para solicitudes con autorización quirúrgica previa			
Nombre del centro: _____					
Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: _____					
Teléfono: _____		Fecha de cirugía: _____			
TIN: _____		NPI: _____			
Códigos de diagnóstico ICD-10: _____		Códigos quirúrgicos*: _____			
		*Incluya el procedimiento CPT aplicable y los códigos HCPCS			
Lugar de servicio:		Lado del implante:			
Centro de pacientes hospitalizados	Centro de pacientes ambulatorios	Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	Izquierdo	Derecho	Bilateral

INFORMACIÓN MÉDICA	Solo solicitudes iniciales; únicamente para pacientes de Medicare y Medicaid. Oticon Medical LLC NO puede completar esta sección.
<b>SECCIÓN A</b>	
Fecha del examen médico (debe ser dentro de los últimos 6 meses para solicitudes de cirugía): _____	
Códigos de diagnóstico ICD-10: _____	
<b>SECCIÓN B</b>	
1. Descripción narrativa de los artículos pedidos: _____	
Procesador, reemplazo, código HCPCS: _____	
Cargo de Oticon Medical: \$ _____	
Lista de tarifas de Medicare para equipos médicos duraderos, prótesis, órtesis y suministros (DMEPOS): \$ _____	
<b>SECCIÓN C</b>	
Certifico que soy el médico tratante identificado en la Sección A de este documento. Recibí las secciones A, B y C de este documento, incluyendo los cargos por los artículos pedidos. Cualquier declaración en mi membrete adjunto a la presente fue revisada y firmada por mí. Certifico que la información de necesidad médica en la Sección B es verdadera, precisa y completa, a mi leal saber y entender, y entiendo que cualquier falsificación, omisión u ocultación de hechos materiales en esa sección puede someterme a responsabilidad civil o penal.	
Firma del médico: _____ Fecha: _____	

# Carta de equipos y suministros médicos necesarios

## Debe completarse por el médico tratante

### Información del fabricante/proveedor

Oticon Medical LLC 580 Howard Avenue Somerset, NJ 08873

Teléfono: 1-888-277-8014

Fax: 1-732-868-6949

NPI: 1861728479

Número de identificación fiscal: 80-0400458

### Proveedor solicitante/tratante

Proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

NPI: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Lados donde se implantará (solo solicitudes nuevas; marque el lado correspondiente para las solicitudes de cintas): Derecho \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_

Fechas del implante original (solo solicitud de reemplazo/actualización): Derecho \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_

Procesadores actuales (solo solicitud de reemplazo/actualización): \_\_\_\_\_

Fecha de ajuste original de los procesadores actuales (solo solicitud de reemplazo/actualización): \_\_\_\_\_

Códigos de diagnóstico ICD-10: \_\_\_\_\_

### Equipo y suministros necesarios: Dé una breve descripción del dispositivo pedido:

Seleccionar	Cant.	Descripción	Seleccionar	Cant.	Descripción
<input type="checkbox"/>	_____	<b>L8691:</b> Dispositivo de sonido osteointegrado, procesador de sonido externo, reemplazo (procesador de sonido Ponto)	<input type="checkbox"/>	_____	<b>L8694:</b> Dispositivo de sonido osteointegrado, transductor/actuador, solo reemplazo, cada uno
<input type="checkbox"/>	_____	<b>L8692:</b> Dispositivo de sonido osteointegrado, procesador de sonido externo, usado sin osteointegración, para llevar en el cuerpo, incluye cinta u otros medios de fijación externa (procesador de sonido Ponto y cinta)	<input type="checkbox"/>	_____	<b>L9900:</b> Suministro, accesorio o componente de servicio ortopédico y protésico de otro código "L" de HCPCS (misc.)
<input type="checkbox"/>	_____	<b>L8621:</b> Batería de zinc-aire para uso con dispositivo de implante coclear y procesadores de sonido osteointegrados auditivos, reemplazo, cada uno	<input type="checkbox"/>	_____	<b>L7510:</b> Reparación de dispositivo protésico, reparación o reemplazo de piezas menores
<input type="checkbox"/>	_____	<b>L8690:</b> Dispositivo auditivo osteointegrado, incluye todos los componentes internos y externos	<input type="checkbox"/>	_____	<b>69714:</b> Implantación, implante osteointegrado, hueso temporal, con fijación percutánea a procesador de habla/estimulador coclear externos; sin mastoidectomía

### Duración aproximada de la necesidad

Toda la vida      Otra: \_\_\_\_\_

### Firma

Certifico que soy el médico tratante o el proveedor de atención médica autorizado para este paciente y revisé esta orden para certificar que el uso del equipo/suministro es médicamente necesario para la condición de mi paciente.

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico (incluyendo las credenciales): \_\_\_\_\_

Estimado cliente de Ponto:

Gracias por elegir el sistema Ponto: el sistema auditivo osteointegrado de eficacia comprobada de Oticon Medical que ofrece una gran calidad de sonido en un diseño sencillo y discreto.

Como Oticon Medical es un proveedor acreditado del programa Medicare y facturamos su dispositivo a su seguro, debemos darle los documentos adjuntos que figuran abajo:

- Documento de asignación de beneficio/comprobante de entrega/plan de servicio
- Encuesta de satisfacción del paciente

Es fundamental que, como parte de este proceso, Oticon Medical confirme que efectivamente le entregaron el dispositivo para su uso. Si no recibimos su confirmación de que recibió su dispositivo, es posible que usted sea responsable del costo total del artículo. Por lo tanto, le solicitamos que se tome un momento para revisar, completar y devolver los siguientes documentos a nuestras oficinas en el sobre con franqueo pagado adjunto:

- Documento de asignación de beneficio/comprobante de entrega/plan de servicio
- Encuesta de satisfacción del paciente

Agradecemos enormemente 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 DEL BENEFICIO/COMPROBANTE DE ENTREGA/PLAN DE SERVICIO

Por la presente, cedo los beneficios médicos a los que tengo derecho. Autorizo y ordeno a mis compañías de seguros, incluyendo Medicare, seguros privados y cualquier otro plan médico/de atención médica, a emitir cheques de pago directamente a Oticon Medical por los servicios prestados a mí o a mis dependientes, independientemente de los beneficios de mi seguro, si hubiera. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad que no cubra el seguro.

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

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que recibí los servicios/productos acordados mediante  
(Nombre del paciente)

Oticon Medical como se indica en el documento de envío incluido, y leí y entendí el manual del usuario y la información de garantía.

Entiendo que puedo consultar el material de marketing de la empresa y la información sobre el alcance de los servicios de la empresa en el sitio web de la empresa: <https://www.oticonmedical.com>.

Resultados esperados: Se le darán al paciente los productos para cumplir la orden del médico. El paciente usará los productos según la orden del médico. El paciente sabrá cómo obtener servicios de seguimiento según sea necesario.

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

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Gracias por elegir el sistema Ponto: el sistema auditivo osteointegrado de eficacia comprobada de Oticon Medical que ofrece una gran calidad de sonido en un diseño sencillo y discreto.

Tómese unos minutos para completar la siguiente Encuesta de satisfacción del paciente, ya que su opinión sobre sus experiencias con nuestra empresa y nuestro producto es de gran valor para Oticon Medical. Sus comentarios se usarán mientras trabajamos continuamente para mejorar los servicios que prestamos. Una vez completado, este documento se puede devolver a Oticon Medical junto con el documento de Asignación de beneficio/Comprobante de entrega/ Plan de servicio en el sobre con franqueo pagado adjunto.

**1. ¿Cuál es su grado de satisfacción con los servicios de facturación de Oticon Medical?**

Muy satisfecho	Satisfecho	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
<input type="checkbox"/>				

**2. Responda a las siguientes declaraciones sobre sus interacciones con los representantes de Oticon Medical:**

**El representante fue cortés en el teléfono.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
<input type="checkbox"/>				

**El representante estaba bien informado y explicó el proceso con claridad.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
<input type="checkbox"/>				

**Todas mis preguntas o problemas se respondieron satisfactoriamente.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
<input type="checkbox"/>				

**El representante estuvo disponible para hablar conmigo cuando llamé y todos los mensajes fueron devueltos de manera oportuna.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
<input type="checkbox"/>				

**3. Según las características y ventajas del producto/procesador de sonido Ponto que recibí, ¿cuál es su grado de satisfacción con el producto?**

Muy satisfecho	Satisfecho	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
<input type="checkbox"/>				

Las siguientes dos preguntas son opcionales. Si responde, sus respuestas pueden usarse con fines de marketing. Su información personal no se revelará de ninguna manera.

**4. Recomendaría Oticon Medical a otras personas.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
<input type="checkbox"/>				

**5. ¿Cómo se enteró de Oticon Medical?**

Médico/Audiólogo	Amigo	Búsqueda en Internet	Sitio web de Oticon Medical	Otro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si quiere hacer algún comentario adicional que no se haya tratado en esta encuesta, hágalo en el espacio de abajo:

---



---