



## Asignación de Beneficios (AOB) y Médico de lanzamien

### Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Cumpleaños: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

### Proveedor DME Local (Mensajería Prueba)

Name: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_  
 Contact: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_

### Seguro Primario

Medicare  Medicaid  Private Pay (\$28.00)  
 Other Insurance: \_\_\_\_\_  
 Member ID/Policy #: \_\_\_\_\_  
 Group #: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_  
 Claims Address: \_\_\_\_\_  
 City/State/Zip: \_\_\_\_\_

Medicaid no cubre esta prueba y el paciente se cobrará a la tasa de pago privado. Si el paciente tiene una dificultad financiera, por favor incluya la exención por dificultades para este cargo que se aplica para el paciente.

### Seguro Secundario

Plan Name: \_\_\_\_\_  
 Member ID: \_\_\_\_\_  
 Group #: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_  
 Claims Address: \_\_\_\_\_  
 City/State/Zip: \_\_\_\_\_

Algunas compañías de seguros secundarios no cubren este servicio que el miembro será responsable de la cantidad que queda de seguro primario. Típico copagos / coaseguros están en el rango de \$ 5 - \$ 15.

### Authenticity Statement, Assignment of Benefit & Medical Release

El abajo firmante, certifico que tuve el oxímetro de pulso dejó por el DME surtidor y se proporcionó instrucciones detalladas por DMT - Inscrita IDTF Medicare. Además, certifico que yo era la única persona a probar con esta unidad y que no me altero o intentar manipular la unidad de ninguna manera o forma. Autorizo al Proveedor DME para transmitir los datos de oximetría a DMT - Inscrita IDTF Medicare para procesar estos resultados de la prueba y les suelte a mi médico solicitante y DME Proveedor. Autorizo DMT para excluir los primeros cinco minutos de datos de prueba y el último minuto de los datos de prueba que despierta SpO2 para este pulsioximetría nocturna.

Oxímetro SN#: \_\_\_\_\_ Fecha y Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha y Hora de finalización: \_\_\_\_\_

El abajo firmante, autorizo y libero DMT - Inscrita IDTF Medicare para facturar a mi compañía de seguros primaria y secundaria (s) en mi nombre por el costo de la oximetría de pulso durante la noche. Además, autorizo el pago debe hacerse directamente a DMT por el costo de esta prueba de oximetría. También entiendo que soy financieramente responsable de la cantidad que mi seguro, primaria o secundaria, no cubre debido a la negación (s), co-pagos, deducibles o coaseguros y pagará cualquier proyecto de ley recibido de DMT con prontitud. En el caso de que mi cobertura de seguro se ha terminado o no tengo un seguro, me comprometo a pagar DMT el monto facturado por esta prueba de oximetría. La mayoría de los planes estatales de Medicaid no cubren este procedimiento y el paciente se cobrarán a la tarifa de pago privado.

El abajo firmante, autorizo DMT (Medicare matriculados IDTF) para liberar mi carta expediente médico perteneciente a esta prueba de oximetría durante la noche a lo anterior llamado DME Proveedor. Además, autorizo al proveedor DME para hablar con mi médico acerca de cualquier tratamiento, presente o futuro, es necesario partir de los resultados de oximetría durante la noche proporcionadas por ADSI. Al firmar abajo estoy confirmando que he leído y entendido este Medical Release y estoy de acuerdo totalmente con los términos establecidos en su interior.

**X**

Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Paciente / Cuidador / Poder Legal Firma

Relación con el Paciente:  Cuidado  POA  Paciente

Imprimir Nombre (Si no es el paciente y la relación señal a paciente)

Fax completed, signed form to DMT at (866) 624-1411. Any questions please call (877) 202-1191. Thank you.