



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

 Paciente / Cuidador / Poder Legal Firma

Date: ____ / ____ / ____

 Relación con el Paciente: Cuidado POA Pariente

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

Fax completed, signed form to DMT at (866) 737-8950. Any questions please call (866) 737-8950. Thank you.