



FORMULARIO DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS (AOB) y ENTREGA A PACIENTES

CLIENTE: El cliente es la persona que recibirá el equipo o los servicios.

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento del cliente: _____

1. Titular de la póliza de seguro *(debe completarse en su totalidad cuando se trate de una póliza de seguro privada)*

Parentesco con el cliente: Cónyuge Madre o Padre Tutor legal Otros (especificar): _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ NSS: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____ Otro Teléfono: _____ Teléfono (trabajo): _____

Empleador actual _____

Domicilio del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

¿Está ahora en el ejército o fue dado de baja en los últimos noventa días? Sí No

- Solicito que el pago de las prestaciones de salud autorizadas se realice en mi nombre a PRC-Salttillo, 1022 Heyl Road, Wooster, Ohio 44691, por cualquier equipo o servicios que me proporcione PRC-Salttillo. Autorizo la divulgación de toda la información médica o de otro tipo necesaria para determinar estas prestaciones o las prestaciones pagaderas por el equipo o los servicios conexos.
- Entiendo que la política de devolución de PRC-Salttillo me da (30) días a partir de la fecha de envío para llamar a PRC-Salttillo y notificarles de la devolución de uno o varios artículos. En ese momento se emitirá un número de autorización de devolución y tendré (15) días a partir de la fecha de la notificación para devolver el o los artículos y obtener un reembolso completo. El reembolso será emitido a la fuente pagadora. PRC-Salttillo ejercerá su discreción para aceptar cualquier devolución más allá de la notificación inicial de (30) días. Se aplicará un cargo de reposición de existencias.
- Reconozco que he recibido la política de privacidad de PRC-Salttillo y la Declaración de Derechos del Paciente y que las entiendo.
- Reconozco que he sido instruido para dirigir preguntas, quejas o preocupaciones con respecto al funcionamiento de mi equipo, los suministros y el servicio a PRC-Salttillo al (800) 262-1990 (de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. EST). Se me ha informado que PRC es responsable de resolver mis preguntas o preocupaciones y es el objetivo de PRC responder a las preguntas y preocupaciones dentro de (14) días hábiles de mi contacto con PRC.
- Entiendo que soy económicamente responsable de cualquier cargo que no esté cubierto por mis prestaciones de atención médica. (PRC-Salttillo se pondrá en contacto con el tutor/representante antes de enviar el pedido).
- Entiendo que es mi responsabilidad notificar a PRC-Salttillo de cualquier seguro nuevo o de los cambios en mi cobertura de atención médica. Si no notifico un cambio en mi cobertura de atención médica antes de que se presten los servicios, entiendo que soy económicamente responsable de cualquier cargo si se deniega el pago.
- Reconozco que he recibido las Normas de Proveedores de Equipo Médico Duradero, Prótesis, Órtesis y Suministros (DMEPOS) y que las entiendo. (Solo para beneficiarios de Medicare).
- Confirmando que no estoy recibiendo cuidados de paliativos en casa o en un centro, ni cuidados de enfermería especializada o en un hospital. Entiendo que si la reclamación de la parte B de Medicare se deniega debido a la inscripción en los tipos de atención antes mencionados, asumo la plena responsabilidad económica del equipo proporcionado por PRC. (Solo para beneficiarios de Medicare).

Es posible que no todos los servicios y/o equipos estén cubiertos o sean pagados por el seguro privado de la Parte Responsable (el titular principal de la póliza). La Parte Responsable se compromete a pagar todos los deducibles, copagos, servicios/equipos no cubiertos y cualquier porción de los servicios cubiertos que no sean pagados en su totalidad por el seguro privado, cuando corresponda. La Parte Responsable entiende que los pagos deben hacerse inmediatamente después de la presentación de la factura. Las Partes Responsables acuerdan que Prentke Romich Company puede usar cualquier información proporcionada en este documento para propósitos de cobranza.

Al firmar a continuación, acepto que este Contrato se regirá por las leyes del Estado de Ohio, sin tener en cuenta los principios de conflictos de leyes. La jurisdicción para cualquier disputa será exclusivamente con el tribunal correspondiente en el condado de Wayne, Ohio.

Firmas

Firma o marca de la Parte Responsable: _____

(Si es Medicaid, firma el cliente. si es un seguro privado, firma el titular de la póliza).

Nombre en letra de molde de la Parte Responsable: _____

Firma del testigo y parentesco con el titular de la póliza _____

(Requerido si el paciente es el titular de la póliza y no puede firmar.)