

# ASIGNACION DE BENEFICIOS Y FORMULARIO DE DESCARGA DEL PACIENTE

## Información del cliente

### 1. CLIENTE

El cliente es la persona que recibirá el equipo o servicios

Nombre del cliente ( apellido, nombre , inicial segundo nombre)		Fecha de Nacimiento	
Estatus: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a medio tiempo			
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Código postal(donde los pagos SSI son enviados)	Número de Seguro Social:
Actualmente posee un equipo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Marca/Modelo:	Fecha de compra:
Lugar en donde actualmente reside: (marque todas las que corresponda)		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Casa de enfermería especializada <input type="checkbox"/> Enfermería especializada <input type="checkbox"/> Casa de cuidado <input type="checkbox"/> Vivienda asistida <input type="checkbox"/> Grupo Hogar <input type="checkbox"/> Lugar ICFMR <input type="checkbox"/> Programa de Hospicio	
Dirección:		Nombre del lugar asistencial:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:
Teléfono de la casa: ( ) -		Teléfono del trabajo: ( ) - Fax: ( ) -	

### 2. CONTACTO / AYUDA AL CLIENTE

La persona contacto es la persona que está asistiendo al cliente que no sea el patólogo del habla y lenguaje o el contacto de emergencia

Nombre:		Nombre del lugar asistencial:	
Relación con el cliente: <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Representante Legal <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)			
Dirección:		Dirección electrónica:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono: ( ) -		Teléfono alterno: ( ) - Fax: ( ) -	

### 3. PATOLOGO TRATANTE DEL LENGUAJE

El patólogo tratante es el clínico que ha hecho una evaluación del cliente y ha proveido un reporte escrito

Nombre:		Nombre del lugar asistencial:	
Dirección:		Dirección electrónica:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Teléfono: ( ) -		Teléfono alterno: ( ) - Fax: ( ) -	
Número de ASHA:		Número de Licencia del Estado:	

### 4. DOCTOR TRATANTE

El médico tratante es el doctor que ha prescrito el equipo requerido

Nombre:		UPIN (Número personal universal de identificación):	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Número del trabajo: ( ) -		Número de Fax: ( ) - Número NPI:	
Número de proveedor de Medicaid:		Número de Licencia del Estado:	

### 5. DIAGNOSTICO

Condición del cliente considerando el equipamiento solicitado o los servicios médicamente necesarios

Diagnóstico Primario:	Código de Diagnóstico (ICD-9):	Fecha de ejecución:
Diagnóstico secundario:	Código de Diagnóstico (ICD-9):	Fecha de ejecución:

Es el Diagnóstico el resultado de un accidente?  Si  No

Si contesto si fecha del accidente Tipo de accidente  Trabajo  Auto  Otro Si fue de auto diga el lugar(Estado)?

**6. EQUIPO RECOMENDADO**

Lista completa de todos los equipos, accesorios y partes que se requieren

Renta  O  Compra

Ctd	Número de parte	Descripción	Precio
	Base de la silla de ruedas: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Marca y modelo de silla: Tamaño y forma de la abrazadera: Tamaño del offset (si requiere un DFM2): Largo de la barra (si requiere un WCMK2):	

\*Por favor incluya el número serial de la silla de ruedas si está requiriendo una base y si reside en el estado de Texas o Washington

**7. INFORMACION DE ENVIO**

Un número telefónico será requerido. Los equipos patrocinados por Medicaid serán enviados directamente al cliente. No se harán envíos a buzones de correo.

Nombre:

Lugar asistencial:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: ( ) -

**8. Medicare: Por favor adjunte una copia legible del anverso y reverso de su tarjeta medicare.**

Tipo:  Medicare  Medicare cuidado manejado

Nombre de la organización del cuidado manejado : Número de ID:

**9. Medicaid: Por favor adjunte una copia legible del anverso y reverso de su tarjeta medicaid.**

Tipo:  Medicaid  Medicaid cuidado manejado

Nombre de la organización del cuidado manejado : Número de ID:

**10. ASEGURANZA: Por favor adjunte una copia legible del anverso y reverso de sus tarjetas de seguro**

Tipo:  Triple cuidado / seguridad militar  Privada / Grupo Asegurador

Nombre de la aseguradora: Numero de ID:

Nombre de contacto: Teléfono de contacto: ( ) - Fax: ( ) -

Dirección de cobro: Estado: Código postal:

**TITULAR DE LA POLIZA \RESPONSABLE (COMPLETAR ESTA SECCION, INCLUSO SI LA INFORMACION ES LA MISMA QUE LA DEL CLIENTE**

Nombre: Fecha de nacimiento: Número del seguro social: - -

Dirección: Estado: Código postal:

Teléfono: ( ) - Teléfono del trabajo: ( ) - Teléfono alterno: ( ) - Fax: ( ) -

Relación con el cliente:  Espos(a)  Padre/Madre  Representante legal  Otro (describir): \_\_\_\_\_

Está usted en el Ejército o fue dado de alta en los últimos noventa días ?  Yes  No

Empleador actual  
Nombre y dirección:

Número de la póliza de seguro:

Número del grupo:

Si otra persona es legalmente responsable por el cliente, como un padre o tutor liste la siguiente información aquí:

Nombre de la otra persona:

Fecha de nacimiento:

Número del seguro social: - -

Dirección:

Estado:

Código postal:

Teléfono: ( ) -

Teléfono del trabajo: ( ) -

Teléfono alterno: ( ) -

Fax: ( ) -

Relación con el cliente:  Padre/Madre  Representante legal  Otro (describir): \_\_\_\_\_

Está usted en el Ejército o fue dado de alta en los últimos noventa días?  Yes  No

Empleador actual  
Nombre y dirección:

Si otra aseguranza está disponible :

Nombre de la aseguradora :

Número de la póliza de seguro :

Número de grupo:

**\*\*Requerido**

INICIALES: Solicito que el pago de beneficios autorizados de cuidado de la salud se hagan en mi nombre a la empresa Prentke Romich (PRC), 1022 Heyl road, Wooster, Ohio 44691, por cualquier equipo o los servicios prestados a mí por PRC. Yo autorizo la entrega de cualquier información médica o de otro tipo para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos para el equipo o servicios relacionados .

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Yo reconozco que he recibido y comprendido la política de privacidad de PRC

\_\_\_\_\_ Yo reconozco que he recibido y entiendo del Derechos del Paciente de PRC

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que soy financieramente responsable de los gastos no cubiertos por mis beneficios de atención médica. (PRC se pondrá en contacto con mi tutor / abogado antes del envío de mi pedido .)

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que es mi responsabilidad notificar a PRC de cualquier cambio en mi cobertura de salud. Si un cambio en mi cobertura de salud no se informó antes de los servicios prestados, yo entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo si el pago es denegado. (PRC se pondrá en contacto con mi tutor / abogado antes del envío de mi pedido .)

**\*\*Requerido solamente para beneficiarios del Medicare:**

\_\_\_\_\_ Yo reconozco que he recibido y comprendido las normas de los proveedores de DMEPOS.

\_\_\_\_\_ Yo confirmo que no estoy recibiendo en casa o cuidado asistencial de hospicio , o enfermería especializada o de atención de hospitales. Yo entiendo que si la parte B de reclamo del Medicare niega debido a la inscripción en los tipos de atención arriba mencionados , asumiré la plena responsabilidad financiera para los equipos proporcionados por PRC

No todos los servicios y / o equipos pueden ser cubiertos o pagados por la aseguranza privada de la parte responsable. El Responsable se compromete a pagar todos los deducibles, co-pagos, de los servicios no cubiertos / equipos, y cualquier parte de los servicios cubiertos no pagados en su totalidad por la aseguranza privada, de ser el caso. El Responsable entiende que los pagos se deben realizar inmediatamente después de la presentación de la factura. La persona responsable (s) está de acuerdo que la empresa Prentke Romich podrá utilizar la información aquí contenida para fines de cobro.

Al firmar abajo, estoy de acuerdo en que este Contrato se regirá por las leyes del Estado de Ohio, sin tener en cuenta los principios de conflicto de leyes. La jurisdicción para cualquier disputa será exclusivamente con el tribunal competente en el condado de Wayne, Ohio.

FIRMA O SEÑA DE LA PARTE RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

FIRMA O SEÑA DE LA SEGUNDA PARTE RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

Firma del testigo y la Relación con el asegurado :

(Obligatorio si es seña o si el titular de la póliza no puede firmar)