

**Medtronic**  
Structural Heart and Aortic  
3576 Unocal Place  
Santa Rosa, CA 95403

**Sistema de endoprótesis torácica Valiant Navion™**  
**Formulario para el reclamo de la garantía limitada SAFE-N**  
**Gastos médicos no reembolsados del paciente**  
**o el proveedor**

**SYNTAX**

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de identificación del beneficiario de Medicare (MBI): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Plan primario de seguro médico: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Plan secundario de seguro médico: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado (si no es usted): \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa el formulario (si no es el paciente): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Cónyuge.  Hijo  Profesional médico  Otros: (Describa): \_\_\_\_\_

Si usted es un miembro de la familia o si no es un miembro de la familia, pero está autorizado por el paciente y lo ayuda en su nombre, pídale al paciente que complete y firme un formulario de **autorización para el cuidador del paciente**, que se encuentra adjunto.

**Estado del seguro médico** (marque según corresponda):

- Estoy presentando gastos (p. ej., copagos, coseguro o deducibles) que no han sido reembolsados.
- Mi cobertura fue rechazada.
- No tengo seguro médico.
- Otros: (Describa): \_\_\_\_\_

Si no tiene seguro médico, complete y firme un formulario de **estado de verificación de condición de no asegurado**.

**Asignación de beneficios del seguro:**

Por la presente, autorizo y le indico que pague a Medtronic todos los beneficios que se me deban a mí o a mi(s) dependiente(s) cubiertos como resultado de este reclamo.

**Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos por la póliza.**

Firma del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Solicito el reembolso de los siguientes tipos de gastos médicos (marque todo lo que corresponda):

- Imágenes adicionales o imágenes no cubiertas por el seguro
- Reintervención
- Otros (describa a continuación)

Si marqué imágenes adicionales, certifico que he recibido mis imágenes anuales de rutina y que no he solicitado a Medtronic el reembolso de los gastos relacionados con ellas, o que no tengo seguro médico.

Si marcó "otros" arriba, describa qué tipo de gasto médico solicita que se le reembolse: \_\_\_\_\_

De conformidad con la Regla de Privacidad de la HIPAA (45 CFR § 164.512(b)), las entidades cubiertas pueden divulgar información médica protegida sin autorización a una persona o entidad sujeta a la jurisdicción de la FDA con fines de salud pública relacionados con la calidad, la seguridad o la eficacia de un producto regulado por la FDA.

Pueden aplicarse limitaciones adicionales. Los reembolsos y créditos están sujetos a revisión y aprobación. La garantía limitada SAFE-N se limita a sus términos específicos. La garantía limitada SAFE-N es voluntaria y no constituye una representación, juicio, admisión o asunción de responsabilidad por parte de Medtronic con respecto a la obtención de imágenes, la reintervención o los sistemas de endoprótesis torácica utilizados. Ninguna acción realizada por Medtronic en relación con el retiro comercial voluntario del producto, incluida esta garantía limitada SAFE-N, se interpretará como una admisión de culpa o responsabilidad alguna al paciente, médico, profesional de la salud o cualquier tercero. Medtronic no se hace responsable de ningún impacto potencial de los reembolsos en la elegibilidad de un paciente para participar en una cuenta de ahorros para la salud u otro plan de salud con ventajas fiscales; consulte con un asesor fiscal según sea necesario. Todos los derechos reservados.

Se adjuntan las facturas médicas y los documentos del seguro médico relacionados con mi reclamo de reembolso de gastos médicos no reembolsados que están directamente relacionados con el retiro comercial de Valiant Navion.

Nombre del médico/centro médico	Fecha del procedimiento	Tipo de procedimiento	Monto facturado	Monto cubierto por Medicare o por el seguro médico	Saldo pendiente
<b>TOTALES:</b>					

Visite el [sitio web para pacientes de Valiant Navion](#) para verificar qué elementos califican para el reembolso. Pueden aplicarse limitaciones adicionales. Los reembolsos y créditos están sujetos a revisión y aprobación. Se puede solicitar un número de seguro social o número de Medicare en una fecha posterior. Para los gastos médicos no reembolsados, la documentación requerida es la siguiente:

	Documentación requerida
Todos los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para la reintervención, la documentación de un diagnóstico de observaciones relacionadas con el retiro del producto del mercado o la determinación por parte de un médico de que la reintervención es lo mejor para el paciente*</li> <li>Para más de una imagen durante un período de 12 meses, documentación de órdenes médicas para más de dos controles anuales o, si el paciente no tiene seguro, un formulario de verificación de condición de no asegurado</li> </ul>
Paciente <b>asegurado</b> , procedimiento permitido, el paciente ha pagado el copago	<ul style="list-style-type: none"> <li>Una copia de la explicación de beneficios del paciente (EOB), que debe incluir lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Descripción general del seguro médico de la facturación recibida</li> <li>Definición de la responsabilidad de desembolso final del paciente (lo que debe el paciente)</li> <li>Tenga en cuenta que los gastos médicos incurridos en este entorno pueden requerir dos facturas por separado: una de un médico o grupo de imágenes y otra del centro médico. Ambos gastos son reembolsables.</li> </ul> </li> </ul>
Paciente <b>asegurado</b> , procedimiento denegado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si está asegurado con cobertura denegada, debe presentar una copia de la denegación por parte del seguro, que puede aparecer en la EOB. No se tendrá en consideración la denegación de una aprobación previa. El reembolso requiere que se presente la factura al seguro por la atención una vez que esta sea provista, junto con la documentación de su denegación.</li> </ul>
Paciente <b>no asegurado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facturas médicas finales detalladas, que deben incluir lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Una lista detallada de todos los cargos relacionados con la(s) fecha(s) de servicio para incluir el monto total</li> <li>Definición clara de la responsabilidad de desembolso final del paciente (lo que debe el paciente)</li> <li>No se tendrá en consideración un "resumen de los cargos"</li> </ul> </li> <li>Formulario de verificación de condición de no asegurado completo</li> </ul>
Gastos <b>pagados</b> por el paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si el paciente pagó las facturas del proveedor médico, incluya una prueba del pago.</li> </ul>

\* La documentación puede consistir en registros médicos o una declaración del médico y no es requerida cuando el laboratorio central de Syntactx confirmó las observaciones.

Certifico que las declaraciones y la información proporcionadas arriba son verdaderas, precisas y completas. Certifico que los gastos anteriores fueron incurridos por mí, no han sido reembolsados o no son reembolsables por ningún otro seguro o beneficio, son gastos relacionados con la cobertura que se me ha negado o que no tengo seguro.

Firma del paciente o persona autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Dentro de los 90 días posteriores a la fecha de obtención de imágenes, reintervención o tratamiento:**

Envíe por correo electrónico el formulario de garantía completo a [SAFE-N-Reimburse@syntactx.com](mailto:SAFE-N-Reimburse@syntactx.com)

De conformidad con la Regla de Privacidad de la HIPAA (45 CFR § 164.512(b), las entidades cubiertas pueden divulgar información médica protegida sin autorización a una persona o entidad sujeta a la jurisdicción de la FDA con fines de salud pública relacionados con la calidad, la seguridad o la eficacia de un producto regulado por la FDA.

Pueden aplicarse limitaciones adicionales. Los reembolsos y créditos están sujetos a revisión y aprobación. La garantía limitada SAFE-N se limita a sus términos específicos. La garantía limitada SAFE-N es voluntaria y no constituye una representación, juicio, admisión o asunción de responsabilidad por parte de Medtronic con respecto a la obtención de imágenes, la reintervención o los sistemas de endoprótesis torácica utilizados. Ninguna acción realizada por Medtronic en relación con el retiro comercial voluntario del producto, incluida esta garantía limitada SAFE-N, se interpretará como una admisión de culpa o responsabilidad alguna al paciente, médico, profesional de la salud o cualquier tercero. Medtronic no se hace responsable de ningún impacto potencial de los reembolsos en la elegibilidad de un paciente para participar en una cuenta de ahorros para la salud u otro plan de salud con ventajas fiscales; consulte con un asesor fiscal según sea necesario. Todos los derechos reservados.

El envío por correo y fax también están disponibles en:

**Syntactx**  
**RE: Proyecto SAFE-N**  
**4 World Trade Center**  
**150 Greenwich Street, 44<sup>th</sup> Floor**  
**New York, New York, 10007**  
**Fax: 1 (800) 342-1401**

Espere entre 45 y 60 días para procesar cualquier solicitud de reembolso. Es posible que Syntactx necesite contactarlo directamente para obtener una verificación o información adicional antes de que se pueda procesar el pago. Los pagos de los gastos médicos se realizarán mediante transferencia electrónica de fondos o mediante el correo postal de los EE. UU. a la dirección postal principal del paciente indicada en su cuenta de paciente. Consulte a su asesor financiero y fiscal sobre cualquier obligación de declaración a efectos fiscales.

Si tiene más preguntas, comuníquese con Medtronic a través de Syntactx en la línea de ayuda para el reembolso de SAFE-N de EE. UU.: 1-833-256-2308 o por correo electrónico a: [SAFE-N-Reimburse@syntactx.com](mailto:SAFE-N-Reimburse@syntactx.com).

De conformidad con la Regla de Privacidad de la HIPAA (45 CFR § 164.512(b)), las entidades cubiertas pueden divulgar información médica protegida sin autorización a una persona o entidad sujeta a la jurisdicción de la FDA con fines de salud pública relacionados con la calidad, la seguridad o la eficacia de un producto regulado por la FDA.

Pueden aplicarse limitaciones adicionales. Los reembolsos y créditos están sujetos a revisión y aprobación. La garantía limitada SAFE-N se limita a sus términos específicos. La garantía limitada SAFE-N es voluntaria y no constituye una representación, juicio, admisión o asunción de responsabilidad por parte de Medtronic con respecto a la obtención de imágenes, la reintervención o los sistemas de endoprótesis torácica utilizados. Ninguna acción realizada por Medtronic en relación con el retiro comercial voluntario del producto, incluida esta garantía limitada SAFE-N, se interpretará como una admisión de culpa o responsabilidad alguna al paciente, médico, profesional de la salud o cualquier tercero. Medtronic no se hace responsable de ningún impacto potencial de los reembolsos en la elegibilidad de un paciente para participar en una cuenta de ahorros para la salud u otro plan de salud con ventajas fiscales; consulte con un asesor fiscal según sea necesario. Todos los derechos reservados.