



Estimado paciente nuevo:

Le damos la bienvenida y le agradecemos por haber elegido a Charm Medical Supply para sus necesidades de cuidado de la salud en el hogar. En este paquete encontrará los siguientes formularios:

- Liberación de Información del Paciente
- Autorización de Entrega
- Acuerdo del Paciente
- Derechos y Responsabilidades del Paciente
- Normas de Proveedor de Medicare
- Aviso de Prácticas de Privacidad

Le pedimos que tan pronto como le sea posible complete los formularios de Liberación de Información del Paciente, Autorización de Entrega y Acuerdo del Paciente y nos los envíe en el sobre que se adjunta, que incluye nuestra dirección y franqueo. ***Tenga en cuenta que dichos formularios deben estar en nuestros archivos antes de poder entregar sus suministros.*** En el futuro, si tienen lugar cambios en su dirección, seguro o médicos, comuníquese los a Charm inmediatamente.

Nos sentimos orgullosos de nuestro excepcional servicio al cliente, productos y servicios. Le pedimos que se comunique con nosotros si tiene alguna pregunta o comentario sobre sus necesidades de suministros o servicios. Visite nuestro sitio web: www.charmmedical.com para acceder a nuestras ofertas completas de productos.

Muchas gracias por elegir a Charm Medical Supply. Quedamos a la espera de trabajar con usted.

Atentamente,
Charm Medical Supply

880 Corporate Drive, Pembroke, MA 02359
781-829-9813 (local), 877-94-CHARM (gratis), 781-829-9836(fax)
www.charmmedical.com

5 de noviembre de 2009

NOMBRE:

TEMA: AUTORIZACIÓN PREVIA

A quien corresponda:

Su autorización previa para los artículos que recibe a través de nuestra compañía está a punto de vencer. Recientemente enviamos una solicitud a su médico para actualizar las recetas y la carta de necesidad médica para renovar dichos artículos.

Estamos haciendo todo lo posible para obtener las recetas y la carta de necesidad médica de su médico. Como una gentileza, le informamos que hasta que recibamos la documentación correcta y hasta que se obtenga una nueva autorización de su compañía de seguro, su cuenta estará en ESPERA a partir del 00/00/0000.

Si todavía necesita dichos artículos, que recibe de nuestra compañía, lo alentamos a comunicarse con su médico cuanto antes para informarle del problema y obtener una nueva receta y carta de necesidad médica, las que pueden ser enviadas por fax al 781-829-9836.

Si ya no necesita estos artículos o si la información de su médico ha cambiado, le pedimos que llame a nuestra oficina cuanto antes para poder llevar a cabo los cambios necesarios en su cuenta. Si tiene alguna pregunta o duda adicional sobre este tema, no deje de llamar a nuestra oficina al teléfono 781-829-9813.

Muchas gracias por su cooperación en este tema.

**Atentamente,
Susan Bowker**



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Como paciente, usted tiene los siguientes *derechos*:

1. Elegir su proveedor de suministros y equipo médico del hogar. Usted también tiene derecho a rechazar servicio dentro de los límites de la ley y recibir información sobre las consecuencias de rechazar servicios.
2. Recibir una respuesta oportuna de Charm Medical Supply sobre su solicitud de suministros y equipo médico del hogar.
3. Recibir un servicio adecuado sin discriminación debido a diagnóstico, raza, credo, color, religión, sexo, origen nacional, preferencia sexual, minusvalía, discapacidad o edad.
4. Ser tratado con cortesía y respeto por todo el personal de Charm Medical Supply que le presta servicios, además de no sufrir maltrato físico ni mental, negligencia ni explotación.
5. Recibir identificación adecuada que incluya nombre y forma de tratamiento por parte de todo el personal de Charm Medical Supply que le presta servicios.
6. Recibir información necesaria de una manera que le resulte comprensible para que sea capaz de dar su consentimiento informado por servicios.
7. Recibir absoluta privacidad y confidencialidad en relación con su enfermedad, diagnóstico, registro, legajo y toda otra información personal de salud o dato pertinente, tal como lo establecen las regulaciones HIPAA federales.
8. Participar en el proceso de planificación y pedido, además de ser notificado de todo cambio en sus servicios de equipo y suministros médicos.
9. Acceso y revisión de sus registros, tal como lo establecen las regulaciones HIPAA federales.
10. Presentar toda queja relacionada con los servicios ante nuestra compañía y/o las agencias federales y estatales adecuadas, sin ser víctima de amenazas o discriminación. Los pacientes pueden llamar a nuestra oficina por cualquier reclamo/queja. Los pacientes pueden además llamar a Mass Health al 1-800-841-2900 o a Medicare al 1-800-633-4227.
11. Alquilar o comprar artículos de Medicare económicos/comprados rutinariamente.
12. Los pacientes tiene derecho además a rechazar todo servicio.

Como paciente, usted tiene las siguientes *responsabilidades*:

1. Informar a Charm Medical Supply de todo cambio en su seguro médico u otra cobertura de tercera parte pagadora.
2. Informar a Charm Medical Supply de todo cambio en su dirección o número de teléfono.
3. Proporcionar comentarios a Charm Medical Supply sobre necesidades y expectativas de servicio.
4. Informar a Charm Medical Supply si usted está cubierto por el plan de cuidado de otro proveedor de equipo médico del hogar.
5. Seguir las instrucciones de cuidado, uso y mantenimiento del equipo y devolver el equipo de alquiler en buenas condiciones.
6. Demostrar respeto y consideración hacia el personal y la propiedad de Charm Medical Supply.
7. Proporcionar información de salud exacta y completa e informar de todo cambio inesperado en su condición a su médico, ya que podría requerir un cambio en su equipo médico y suministros del hogar.
8. Cumplir con los compromisos financieros mediante el pronto cumplimiento de toda obligación financiera acordada con Charm Medical Supply. El paciente es financieramente responsable de las facturas no cubiertas debido a la no elegibilidad en la fecha de servicio. El paciente tiene la opción de devolver todo producto no utilizado/no abierto.
9. Leer el Aviso de Prácticas de Privacidad incluido en este paquete de información.
10. Solicitar información adicional sobre todo tema que no comprende.

COPIA DEL PACIENTE

Consérvelo para sus registros.

880 Corporate Drive, Pembroke, MA 02359
781-829-9813 (local), 877-94-CHARM (gratis), 781-829-9836 (fax)
www.charmmedical.com

Número de Seguridad Social (RID de Mass Health): _____ Número de identificación de seguro de salud: _____
Nombre del paciente: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Tipo de producto y/o servicio de cuidado de la salud: _____ Fecha efectiva: _____

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Comprendo que al firmar este acuerdo indico que deseo comprar productos o servicios de cuidado de la salud o ambos de Charm Medical Supply, una división de Med Holdings, Inc.

INDICACIÓN DE RESPONSABILIDAD MÉDICA

Comprendo que incluyo mi firma bajo la supervisión y control de mi médico de cabecera. Comprendo que los servicios de Charm Medical Supply no incluyen diagnóstico, recetas u otras funciones normalmente desempeñadas por médicos matriculados y que mi médico es el único responsable del diagnóstico y las recetas de los medicamentos, suministros, equipos y servicios para mi problema de salud y de la supervisión y control de mi atención médica.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo a mi/s asegurado(es) y a toda otra tercera parte pagadora que me proporciona cobertura, a divulgar a Charm Medical Supply toda información relacionada con dicha cobertura incluyendo, de forma enunciativa y no limitativa, pagos llevados a cabo por dicho(s) asegurado(s) o tercera(s) parte(s) pagador(as) a mi persona, por productos o servicios de cuidado de la salud en el hogar proporcionados a mi persona por parte de Charm Medical Supply y el alcance de cobertura disponible periódicamente. Autorizo a todo el personal médico a proporcionar información a Charm Medical Supply sobre mi historial médico en la medida en que se relacione con mis necesidades de servicios y productos de cuidado de la salud en el hogar. Si mi seguro principal cambia, acuerdo notificar a Charm Medical Supply.

AUTORIZACIÓN DE EVALUACIÓN CREDITICIA Y TÉRMINOS DE CRÉDITO

Charm Medical Supply está autorizado a verificar toda información que haya proporcionado y llevar a cabo una investigación crediticia con el objetivo de otorgar crédito por la compra o alquiler de equipo médico. Adicionalmente, Charm Medical Supply puede responder a preguntas de otros acreedores sobre mi experiencia crediticia y de cuenta con Charm Medical Supply.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo a Charm Medical Supply a solicitar en mi nombre y a cobrar directamente todo beneficio de cobertura de seguro público y privado debido por productos o servicios suministrados por Charm Medical Supply. Si se llevan a cabo pagos de beneficios de seguro directamente a mi persona, el beneficiario, endosaré todos los cheques a Charm Medical Supply. Acepto toda responsabilidad por pagos en exceso por estados.

ASIGNACIÓN DE MEDICARE EXTENDIDO

Certifico que la información que proporciono para el pago según Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguridad Social) y/u otro seguro médico es correcta.

- El paciente, si es competente física y mentalmente, debe firmar en su nombre. Si el mismo no puede firmar por sí mismo, puede firmar un beneficiario representante designado por la Administración de Seguridad Social o un tutor designado legalmente. Se debe incluir la fuente de la autoridad del firmante (por ejemplo, “beneficiario representante designado por Seguridad Social” o “tutor designado por tribunal”, etc.)
- En la “Solicitud de Pago” HCFA-1500 (I-84) se utiliza el presente formulario en lugar de la firma del paciente y, por lo tanto, constituye una extensión de dicho formulario. Toda persona que tergiversa o falsea información esencial al llevar a cabo reclamos de Medicare puede, al momento de ser condenado, ser sujeto a una multa y prisión según la ley federal. Además, con su firma, el beneficiario autoriza a todo portador de información médica o de otro tipo sobre la persona a divulgar a la Administración de Seguridad Social o sus intermediarios o prestadores de servicios toda información necesaria para procesar reclamos de Medicare relacionados. El paciente permite además que se utilice una copia de la autorización en lugar del original.
- En relación con reclamos asignados, el proveedor acuerda aceptar el monto permisible del prestador de servicios de Medicare como el cargo total por los servicios cubiertos; el paciente es responsable de la deducción, coseguro y servicios no cubiertos. La presente autorización puede ser cancelada mediante acuerdo mutuo del proveedor y el cliente en cualquier momento mediante aviso por escrito al Centro de Medicare.

Solicito que el pago según la Parte de Seguro Médico de MEDICARE se lleve a cabo directamente a Charm Medical Supply por servicios proporcionados a mi persona durante el período de validez de esta autorización. He leído y doy mi acuerdo a la divulgación de información, tal como se especifica en el párrafo 2 más arriba.

El abajo firmante certifica que ha leído lo anterior y ha recibido una copia. El abajo firmante también certifica que es el paciente o está debidamente autorizado por el paciente como el agente general del mismo para suscribir lo anterior y aceptar sus términos.

NOTA: Una copia del presente Acuerdo y Consentimiento será considerada equivalente a un original.

Firmante: **PETER TALLAS** Teléfono: **877-94-CHARM**

Firma del paciente/cónyuge/garante/tutor Relación con el paciente Fecha

Testigo Fecha

COPIA BLANCA – entregar a Charm Medical Supply

COPIA AMARILLA – copia del paciente

COPIA DEL PACIENTE
Consérvelo para sus registros.



ACUERDO DEL PACIENTE

Número de Seguridad Social (RID de Mass Health): _____ Número de identificación de seguro de salud: _____
Nombre del paciente: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Tipo de producto y/o servicio de cuidado de la salud: _____ Fecha efectiva: _____

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Comprendo que al firmar este acuerdo indico que deseo comprar productos o servicios de cuidado de la salud o ambos de Charm Medical Supply, una división de Med Holdings, Inc.

INDICACIÓN DE RESPONSABILIDAD MÉDICA

Comprendo que incluyo mi firma bajo la supervisión y control de mi médico de cabecera. Comprendo que los servicios de Charm Medical Supply no incluyen diagnóstico, recetas u otras funciones normalmente desempeñadas por médicos matriculados y que mi médico es el único responsable del diagnóstico y las recetas de los medicamentos, suministros, equipos y servicios para mi problema de salud y de la supervisión y control de mi atención médica.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo a mi/s asegurado(es) y a toda otra tercera parte pagadora que me proporciona cobertura, a divulgar a Charm Medical Supply toda información relacionada con dicha cobertura incluyendo, de forma enunciativa y no limitativa, pagos llevados a cabo por dicho(s) asegurador(es) o tercera(s) parte(s) pagador(as) a mi persona, por productos o servicios de cuidado de la salud en el hogar proporcionados a mi persona por parte de Charm Medical Supply y el alcance de cobertura disponible periódicamente. Autorizo a todo el personal médico a proporcionar información a Charm Medical Supply sobre mi historial médico en la medida en que se relacione con mis necesidades de servicios y productos de cuidado de la salud en el hogar. Si mi seguro principal cambia, acuerdo notificar a Charm Medical Supply.

AUTORIZACIÓN DE EVALUACIÓN CREDITICIA Y TÉRMINOS DE CRÉDITO

Charm Medical Supply está autorizado a verificar toda información que haya proporcionado y llevar a cabo una investigación crediticia con el objetivo de otorgar crédito por la compra o alquiler de equipo médico. Adicionalmente, Charm Medical Supply puede responder a preguntas de otros acreedores sobre mi experiencia crediticia y de cuenta con Charm Medical Supply.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo a Charm Medical Supply a solicitar en mi nombre y a cobrar directamente todo beneficio de cobertura de seguro público y privado debido por productos o servicios suministrados por Charm Medical Supply. Si se llevan a cabo pagos de beneficios de seguro directamente a mi persona, el beneficiario, endosaré todos los cheques a Charm Medical Supply. Acepto toda responsabilidad por pagos en exceso por estados.

ASIGNACIÓN DE MEDICARE EXTENDIDO

- Certifico que la información que proporciono para el pago según Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguridad Social) y/u otro seguro médico es correcta.
- El paciente, si es competente física y mentalmente, debe firmar en su nombre. Si el mismo no puede firmar por sí mismo, puede firmar un beneficiario representante designado por la Administración de Seguridad Social o un tutor designado legalmente. Se debe incluir la fuente de la autoridad del firmante (por ejemplo, "beneficiario representante designado por Seguridad Social" o "tutor designado por tribunal", etc.)
 - En la "Solicitud de Pago" HCFA-1500 (I-84) se utiliza el presente formulario en lugar de la firma del paciente y, por lo tanto, constituye una extensión de dicho formulario. Toda persona que tergiversa o falsea información esencial al llevar a cabo reclamos de Medicare puede, al momento de ser condenado, estar sujeto a una multa y prisión según la ley federal. Además, con su firma, el beneficiario autoriza a todo portador de información médica o de otro tipo sobre su persona a divulgar a la Administración de Seguridad Social o sus intermediarios o prestadores de servicios toda información necesaria para procesar reclamos de Medicare relacionados. El paciente permite además que se utilice una copia de la autorización en lugar del original.
 - En relación con reclamos asignados, el proveedor acuerda aceptar el monto permisible del prestador de servicios de Medicare como el cargo total por los servicios cubiertos; el paciente es responsable de la deducción, coseguro y servicios no cubiertos. La presente autorización puede ser cancelada mediante acuerdo mutuo del proveedor y el cliente en cualquier momento mediante aviso por escrito al Centro de Medicare.

Solicito que el pago según la Parte de Seguro Médico de MEDICARE se lleve a cabo directamente a Charm Medical Supply por servicios proporcionados a mi persona durante el periodo de validez de esta autorización. He leído y doy mi acuerdo a la divulgación de información, tal como se especifica en el párrafo 2 más arriba.

El abajo firmante certifica que ha leído lo anterior y ha recibido una copia. El abajo firmante también certifica que es el paciente o está debidamente autorizado por el paciente como el agente general del mismo para suscribir lo anterior y aceptar sus términos.

NOTA: Una copia del presente Acuerdo y Consentimiento será considerada equivalente a un original.

Gerente: **PETER TALLAS** Teléfono: **877-94-CHARM**

Firma del paciente/cónyuge/garante/tutor _____ Relación con el paciente _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____

COPIA BLANCA – entregar a Charm Medical Supply

COPIA AMARILLA – copia del paciente

ENVÍE ESTA COPIA, FIRMADA Y CON FECHA, A CHARM MEDICAL SUPPLY



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Exigido por las Regulaciones de Privacidad promulgadas conforme a la Ley de Transfer Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE LAS MANERAS EN QUE SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y LAS MANERAS EN QUE USTED PUEDE OBTENER ACCESO A SU INFORMACIÓN DE SALUD IDENTIFICABLE.

LEA ATENTAMENTE EL PRESENTE AVISO.

A. NUESTRO COMPROMISO CON SU PRIVACIDAD

Nuestra Compañía está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud identificable. Durante el desempeño de nuestra actividad comercial, crearemos registros sobre usted y los servicios que le proporcionamos. La ley nos exige mantener la confidencialidad de la información de salud que lo identifica. La ley nos exige también proporcionarle a usted un aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad en relación con su información de salud identificable. La ley nos exige cumplir con los términos del aviso de prácticas de privacidad en vigor en cada momento.

Para resumir, el presente aviso le proporciona la siguiente información importante:

- Las maneras en que podemos utilizar y divulgar su información de salud identificable
- Sus derechos de privacidad en relación con su información de salud identificable
- Nuestras obligaciones sobre el uso y divulgación de su información de salud identificable

Los términos del presente aviso cubren todos los registros que incluyen su información de salud identificable que son creados o retenidos por nuestra Compañía. Nos reservamos el derecho de revisar y enmendar nuestro aviso de prácticas de privacidad. Toda revisión o enmienda del presente aviso tendrá validez para todos los registros que nuestra compañía ha creado o mantenido en el pasado y para todo otro registro que podemos crear o mantener en el futuro. Nuestra Compañía publicará una copia del aviso más reciente en nuestras oficinas, en una ubicación destacada y usted puede solicitar una copia de nuestro aviso más reciente por teléfono, por escrito o por correo electrónico.

B. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE EL PRESENTE AVISO, COMUNÍQUESE CON:

Peter Tallas - Presidente, (781) 829-9813, 880 Corporate Park Drive, Pembroke, MA 02359.

C. PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD DE LAS SIGUIENTES MANERAS

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos utilizar y divulgar su información de salud identificable.

1. Pago. Nuestra compañía puede utilizar y divulgar su información de salud identificable con el objetivo de facturar y cobrar el pago de servicios y artículos que usted recibe de nosotros. Por ejemplo, podemos comunicarnos con su asegurador de salud para certificar que usted es elegible para beneficios y podemos proporcionar a su asegurador detalles sobre sus servicios y artículos de cuidado de la salud en el hogar, para determinar si su asegurador cubrirá o pagará dichos servicios y artículos. También podemos utilizar y divulgar su información de salud identificable para obtener el pago de terceras partes que pueden ser responsables de dichos costos, tales como parientes. Además, podemos utilizar su información de salud identificable para facturarle directamente a usted servicios y artículos no cubiertos por el seguro de salud.

2. Funcionamiento de cuidado de la salud. Nuestra compañía puede utilizar y divulgar su información de salud identificable para el funcionamiento de nuestro negocio. Como ejemplos de las maneras en que podemos utilizar y divulgar su información para nuestro funcionamiento, nuestra compañía puede utilizar su información de salud para evaluar la calidad de la atención que recibe de nosotros o para llevar a cabo actividades de gestión de costos y planificación de negocios para nuestra compañía.

3. Recordatorios de citas. Nuestra compañía puede utilizar y divulgar su información de salud identificable para comunicarnos con usted y recordarle su visitas/entregas.

4. Beneficios y servicios relacionados con la salud. Nuestra compañía puede utilizar y divulgar su información de salud identificable para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés.

5. Liberación de información a parientes/amigos. Nuestra compañía puede liberar su información de salud identificable, con su autorización por escrito, a un amigo o pariente que contribuye a pagar por sus cuidados de la salud o que lo ayuda proporcionándole cuidados.

6. Divulgaciones requeridas por la ley. Nuestra compañía utilizará y divulgará su información de salud identificable cuando la ley federal, estatal o local nos lo exija.

D. USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN DE SALUD IDENTIFICABLE EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Las siguientes categorías describen casos únicos en los que podemos utilizar o divulgar su información de salud identificable:

1. Riesgos de salud pública. Nuestra compañía puede divulgar su información de salud identificable a las autoridades de salud pública que están autorizadas por ley a recopilar información con el objetivo de:

- Mantener registros vitales, tales como nacimientos y fallecimientos
- Denunciar casos de maltrato o abandono de menores
- Evitar o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- Notificar a una persona sobre riesgos potenciales de propagar o contraer una enfermedad o condición
- Informar sobre problemas con productos o dispositivos
- Notificar a las personas si un producto o dispositivo que están utilizando ha sido retirado del mercado
- Notificar a la(s) agencia(s) o autoridad(es) gubernamental(es) adecuada(s) sobre el maltrato o abandono potencial de un paciente adulto (incluyendo violencia en el hogar); sólo divulgaremos dicha información si el paciente está de acuerdo o si la ley nos exige o autoriza a hacerlo.

2. Actividades de supervisión de la salud. Nuestra organización puede divulgar su información de salud identificable a una agencia de salud en relación con actividades autorizadas por la ley. Las actividades de supervisión pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, auditorías, encuestas, licencias y medidas disciplinarias; procedimientos o medidas civiles, administrativas y criminales; u otras actividades necesarias para que el gobierno pueda controlar programas gubernamentales, el cumplimiento de leyes de derechos civiles y los sistemas de cuidado de la salud en general.

3. Demandas judiciales y procedimientos similares. Nuestra organización puede utilizar y divulgar su información de salud identificable como respuesta a una orden de un tribunal o administrativa, si usted está involucrado en una demanda judicial o procedimiento similar. También podemos divulgar su información de salud identificable como respuesta a un pedido de presentación de pruebas, citación judicial u otros procesos legales por parte de otra parte involucrada en la disputa, pero únicamente si hemos realizado el esfuerzo de informarle a usted u obtener una orden que proteja la información que la parte solicita.

4. Fuerzas de seguridad. Podemos liberar información de salud identificable si un funcionario de las fuerzas de seguridad nos lo solicita:

- En relación con una víctima de delito en ciertas situaciones, si no podemos obtener el consentimiento de la persona
- En relación con un fallecimiento que creemos que puede ser el resultado de contacto criminal
- En relación con contacto criminal en nuestras oficinas
- En respuesta a una orden, orden judicial, citación judicial o proceso legal similar
- Para identificar/localizar un sospechoso, testigo material, fugitivo o persona de paradero desconocido
- Durante una emergencia, para denunciar un delito incluyendo la(s) ubicación/ubicaciones o la(s) víctima(s) del mismo, o la(s) descripción/descripciones o ubicación/ubicaciones del/de los autor(es)

5. Amenazas graves a la salud o la seguridad. Nuestra organización puede utilizar y divulgar su información de salud identificable cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o a la salud y seguridad de otra persona o del público. En dichas circunstancias, sólo llevaremos a cabo divulgaciones a personas u organizaciones capaces de prevenir la amenaza.

6. Fuerzas armadas. Nuestra organización puede divulgar su información de salud identificable si usted es un miembro de las fuerzas armadas de EEUU o extranjeras (incluyendo veteranos) y si lo requieren las autoridades de comando militar adecuadas.

7. Seguridad nacional. Nuestra organización puede divulgar su información de salud identificable a funcionarios federales, en relación con actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por la ley. También podemos divulgar su información de salud identificable a funcionarios federales para proteger al Presidente, otros funcionarios o jefes de estado extranjeros o para llevar a cabo investigaciones.

8. Compensación al trabajador. Nuestra organización puede divulgar su información de salud identificable para el programa de compensación del trabajador y programas similares.

E. SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON SU INFORMACIÓN DE SALUD IDENTIFICABLE

Usted tiene los siguientes derechos en relación con la información de salud identificable que conservamos sobre usted:

1. Comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que nuestra organización se comunique con usted sobre su salud y temas relacionados de una forma en particular o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedirnos que nos comuniquemos con usted en su hogar, en lugar de su trabajo. Para solicitar un tipo de comunicación confidencial, debe enviar una solicitud por escrito a: **Peter Tallas – Presidente, (781) 829-9813, 880 Corporate Park Drive, Pembroke, MA 02359**, especificando el método o contacto solicitado o el lugar donde desea que nos comuniquemos con usted. Nuestra organización hará lugar a las solicitudes **razonables**. No necesita proporcionar un motivo por su solicitud.

2. Solicitud de restricciones. Usted tiene derecho a solicitar una restricción de nuestro uso o divulgación de su información de salud identificable para pago o funcionamiento de cuidado de la salud. Además, usted tiene derecho a solicitar que limitemos la divulgación de su información de salud identificable a personas involucradas en su caso, tales como parientes y amigos. **No estamos obligados a aceptar su solicitud**; sin embargo, si lo hacemos, quedamos obligados por nuestro acuerdo, a excepción de los casos requeridos legalmente, durante emergencias o cuando la información es necesaria para proporcionarle a usted servicios y artículos. Para solicitar una restricción de uso o divulgación de su información de salud identificable, debe enviar su solicitud por escrito a: **Peter Tallas – Presidente, (781) 829-9813, 880 Corporate Park Drive, Pembroke, MA 02359**. Su solicitud debe describir de manera clara y concisa lo siguiente: (a) la información que desea restringir; (b) si solicita limitar el uso, divulgación o ambos por parte de la compañía; y (c) a quién desea que cubra los límites.

3. Inspección y copias. Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información de salud identificable que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre usted, incluyendo los registros médicos del paciente y los registros de facturación, pero sin incluir las notas de psicoterapia. Debe presentar una solicitud por escrito a: **Peter Tallas – Presidente, (781) 829-9813, 880 Corporate Park Drive, Pembroke, MA 02359**, para inspeccionar y/o obtener una copia de su información de salud identificable. Nuestra organización puede cobrarle un honorario por los costos de copiado, envío, trabajo y suministros asociados con su pedido. Nuestra compañía puede rechazar su solicitud de inspección y/o copia en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, usted puede solicitar una revisión del rechazo. Las revisiones estarán a cargo de otro profesional del cuidado de la salud con licencia, seleccionado por nosotros.

4. Enmienda. Usted nos puede solicitar una enmienda de su información de salud si considera que es incorrecta o está incompleta, y puede hacerlo siempre y cuando la información sea conservada por nuestra organización o para ella. Para solicitar una enmienda, debe hacerlo por escrito y presentarla ante: **Peter Tallas – Presidente, (781) 829-9813, 880 Corporate Park Drive, Pembroke, MA 02359**. Debe proporcionarnos motivos que justifiquen su solicitud de enmienda. Nuestra organización denegará su solicitud si usted no la presenta (y el motivo que la justifica) por escrito. Además, podemos denegar su solicitud si usted nos solicita enmendar información que: (a) es exacta y completa; (b) no es parte de la información de salud identificable mantenida por la organización o para ella; (c) no es parte de la información de salud identificable que se le permitiría inspeccionar y copiar; o (d) no fue creada por nuestra organización, a menos que la persona o la entidad que creó dicha información no esté disponible para enmendarla.

5. Rendición de cuentas de divulgación. Todos nuestros pacientes tienen derecho a solicitar una “rendición de cuentas de divulgaciones”. Una “rendición de cuentas de divulgaciones” es una lista de ciertas divulgaciones que nuestra organización ha llevado a cabo de su información de salud identificable. Para obtener una rendición de cuentas de divulgaciones, debe presentar una solicitud por escrito a **Peter Tallas – Presidente, (781) 829-9813, 880 Corporate Park Drive, Pembroke, MA 02359**. Todas las solicitudes de “rendición de cuentas de divulgaciones” deben incluir un período de seis años como máximo y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses es gratuita, pero la compañía podrá cobrarle por listas adicionales dentro del mismo período de 12 meses. Nuestra organización le informará sobre los costos de solicitudes adicionales y usted podrá retirar su solicitud antes de que se cobren los mismos.

6. Derecho a una copia en papel del presente aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de nuestro aviso de prácticas de privacidad. Puede pedirnos que le entreguemos una copia del presente aviso en cualquier momento. Para obtener una copia en papel del presente aviso, comuníquese con **Peter Tallas – Presidente, (781) 829-9813, 880 Corporate Park Drive, Pembroke, MA 02359**.

7. Derecho a presentar una queja. Si usted considera que se han violado sus derechos a la privacidad, puede presentar una queja ante nuestra organización o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante nuestra organización, comuníquese con **Peter Tallas – Presidente, (781) 829-9813, 880 Corporate Park Drive, Pembroke, MA 02359**. Todas las quejas deben presentarse por escrito. **No será sancionado por presentar una queja.**

8. Derecho a proporcionar una autorización para otros usos y divulgaciones. Nuestra organización obtendrá su autorización por escrito para usos y divulgaciones que no están incluidos en el presente aviso o que no están permitidos por la ley. Toda autorización que usted proporcione sobre el uso y divulgación de su información de salud identificable puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Después de la revocación de su autorización, no utilizaremos o divulgaremos su información de salud identificable por los motivos que se describen en la autorización. Tenga en cuenta que estamos obligados a retener registros de servicios y artículos que le proporcionamos.

NORMAS DE PROVEEDOR DE DMEPOS DE MEDICARE

Nota: la presente es una versión abreviada de las normas de proveedor que todo proveedor de equipo médico durable, prótesis, ortesis y suministros (DMEPOS, por sus siglas en inglés) de Medicare debe satisfacer para obtener y retener sus privilegios de facturación. Las normas completas están enumeradas en 42 C.F.R. 424.57(c).

1. Un proveedor debe cumplir con todos los requerimientos de licencia y regulatorios federales y estatales aplicables.
2. Un proveedor debe proporcionar información completa y exacta en la solicitud de proveedor de DMEPOS. Todo cambio a dicha información debe ser comunicado al National Supplier Clearinghouse dentro de los 30 días.
3. Una persona autorizada (es decir, con firma vinculante) debe firmar la solicitud de privilegios de facturación.
4. Un proveedor debe despachar pedidos de su propio inventario o debe contratar a otras compañías para la compra de los artículos necesarios para despachar un pedido. Un proveedor no puede contratar a una entidad que está actualmente excluida del programa de Medicare, de cualquier programa de cuidado de la salud estatal o de cualquier otro programa federal de abastecimiento o no de abastecimiento.
5. Un proveedor debe informar a los beneficiarios que pueden alquilar o comprar equipo médico durable económico o comprado rutinariamente y sobre la opción de compra para equipo de alquiler con límites máximos.
6. Un proveedor debe notificar a los beneficiarios sobre coberturas de garantía y cumplir con todas las garantías según la ley aplicable del estado y reparar o reemplazar sin cargo los artículos cubiertos por Medicare que se encuentran bajo garantía.
7. Un proveedor debe disponer de una instalación física en un lugar adecuado.
8. Un proveedor debe permitir a CMS o sus agentes que lleven a cabo inspecciones en el lugar para determinar el cumplimiento del proveedor con estas normas. La ubicación del proveedor debe estar disponible para los beneficiarios durante horario comercial razonable y debe disponer de un cartel visible y anunciar el horario de atención.
9. Un proveedor debe mantener un teléfono comercial primario publicado junto al nombre del negocio en una guía de teléfonos local o un número de teléfono gratuito disponible a través del servicio de guía. Queda prohibido el uso exclusivo de buscapersonas, contestador automático o teléfono celular.
10. Un proveedor debe contar con seguro de responsabilidad civil integral por un monto de por lo menos \$300.000 que cubre el lugar de negocios del proveedor y todos los clientes y empleados del mismo. Si el proveedor fabrica sus propios artículos, dicho seguro debe cubrir también la responsabilidad civil de los productos y operaciones terminadas.
11. Un proveedor debe aceptar no iniciar el contacto telefónico con los beneficiarios, excepto contadas excepciones. La presente norma prohíbe a los proveedores llamar a los beneficiarios para ofrecer nuevos negocios.
12. Un proveedor es responsable de la entrega y debe informar a los beneficiarios sobre el uso de los artículos cubiertos por Medicare y conservar prueba de entrega.
13. Un proveedor debe responder a las preguntas y quejas de los beneficiarios y conservar documentación de tales comunicaciones.
14. Un proveedor debe realizar el mantenimiento y reemplazar sin cargo o reparar directamente o a través de un contrato de servicio con otra compañía los artículos cubiertos por Medicare que ha alquilado a los beneficiarios.
15. Un proveedor debe aceptar devoluciones de artículos de calidad inferior (calidad inferior a la plena para el artículo particular) o inadecuados (inapropiado para el beneficiario al momento en el que fue adaptado y alquilado o vendido) de los beneficiarios.
16. Un proveedor debe divulgar estas normas de proveedor a cada beneficiario a quien proporcione artículos cubiertos por Medicare.
17. Un proveedor debe informar al gobierno sobre toda persona que sea propietaria o tenga una participación financiera o de control en el proveedor.
18. Un proveedor no debe comunicar o reasignar un número de proveedor; es decir, el proveedor no puede vender o permitir que otra entidad utilice su número de facturación de Medicare.
19. Un proveedor debe disponer de un protocolo de resolución de quejas establecido para hacer frente a quejas de beneficiarios que se relacionen con estas normas. Se debe conservar un registro de dichas quejas en la instalación física.
20. El registro de quejas debe incluir: nombre, dirección, número de teléfono y número de reclamo de seguro de salud del beneficiario, un resumen de la queja y todas las medidas tomadas para resolverla.
21. Un proveedor debe acordar proporcionar a CMS toda información requerida por el estatuto de Medicare y regulaciones de implementación.
22. Todos los proveedores debe estar acreditados por una organización de acreditación aprobada por CMS para recibir y retener un número de facturación de proveedor. La acreditación debe indicar los productos y servicios específicos por los que el proveedor está acreditado para que el mismo reciba pagos por dichos productos y servicios específicos (excepto por ciertos productos farmacéuticos exentos).
23. Todos los proveedores debe notificar a su organización de acreditación cuando se abre una nueva ubicación de DMEPOS.
24. Todas las ubicaciones del proveedor, ya sean propias o subcontratadas deben cumplir con las normas de calidad de DMEPOS y deben ser acreditadas por separado para poder facturar a Medicare.
25. En el momento de la inscripción, todos los proveedores deben informar sobre todos los productos y servicios, incluyendo la adición de nuevas líneas de productos, por las que buscan acreditación.



FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Por la presente autorizo a Charm Medical Supply a liberar / obtener recetas, cartas de necesidad médica, gráficos de crecimiento (si corresponde) e información de seguro de salud sobre el paciente que se indica más arriba.

Para/de:

DR. _____

MASSHEALTH _____

OTHER_ INSURANCE: _____

Para: Operaciones de compañías y pago de terceros.

X _____

Firma del paciente, padre o tutor

Relación con el paciente

Fecha



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE ENTREGA

Nombre del paciente:

Si no me encuentro en mi hogar, no deje la entrega.

Ó

Si no me encuentro en mi hogar, autorizo a Charm Medical Supply a dejar la entrega tal como se describe a continuación:

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha





POLÍTICA DE RECLAMOS/QUEJAS DE PACIENTES

Los pacientes/clientes y las personas a cargo de los cuidados tienen derecho a que todos sus reclamos sean escuchados, investigados y, cuando sea posible, resueltos. TMed Holdings Inc., que desarrolla su actividad comercial como Charm Medical Supply, promueve una comunicación abierta entre los pacientes/padres/tutores y el personal. La Compañía respeta tanto los derechos de los pacientes como la necesidad de una comunicación eficaz.

Los pacientes/clientes tienen absoluta libertad para expresar sus reclamos o quejas sobre las políticas o servicios y recomendar cambios sin coacción, discriminación, represalias o interrupción de servicios no razonable. El proceso de reclamos incluye ingreso, investigación, medidas correctivas tal como corresponda, resolución del reclamo y seguimiento. Los pacientes reciben la documentación requerida sobre el proceso de resolución de reclamos de la Compañía junto a su documentación de ingreso.

TMed recibe, investiga y da respuesta a los reclamos y recomendaciones recibidos de los pacientes/clientes. Al momento de la admisión, TMed proporciona notificación oral y/o escrita de su proceso de resolución de reclamos y otros recursos para registrar reclamos. El registro del paciente/cliente debe documentar todas las comunicaciones, firmadas y fechadas por un miembro del personal.

Un paciente/cliente puede presentar un reclamo o queja llamando a servicio al cliente al 877-94-CHARM ó 781-829-9813. El reclamo también puede ser presentado por escrito al Presidente de la Compañía, Peter Tallas, en la oficina de TMed de Pembroke.

La Compañía notificará al reclamante dentro de 5 días hábiles de la recepción del reclamo que el mismo ha sido recibido y que está siendo investigado. La Compañía iniciará una investigación entrevistado al personal involucrado, analizando los registros de los vehículos de entrega, verificando el legajo del paciente, incluyendo notas de entrega y otra documentación. Si es necesario, nos comunicaremos con el paciente y/o la persona que se ocupa de los cuidados para solicitar información adicional. Si debemos comunicarnos con fuentes adicionales para obtener información, el paciente será notificado y se obtendrán formularios de liberación.

Dentro de 14 días hábiles, se enviará al paciente una respuesta por escrito del resultado de dicha investigación para la resolución del reclamo.

El Gerente de Cumplimiento conservará un informe completo del reclamo inicial y de la investigación y resolución subsiguiente en un archivo seguro y se incluirá un resumen en el legajo del paciente.

Los pacientes pueden llamar a nuestra organización de acreditación, CHAP, para presentar un reclamo o pregunta sobre Charm Medical Supply como una organización, si lo consideran necesario. Línea directa de CHAP: 1-800-656-9656 (de 9:00 a 17:00 horas, de lunes a viernes).

Los pacientes también pueden llamar a MassHealth al 1-800-841-2900 o a Medicare al 1-800-633-4227 para presentar un reclamo, si lo consideran necesario.



PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN Y REEMBOLSOS

Nuestra misión en Charm Medical Supply es brindar a nuestros clientes un servicio excepcional y simplificar la manera en que se hacen los pedidos y se reciben los suministros médicos. Charm Medical Supply se encarga de todos los requerimientos relacionados con el pedido de suministros según Medicare, MassHealth, Blue Cross Blue Shield y otros planes de seguro para los clientes, tales como la obtención de recetas, cartas de necesidad médica y aprobaciones previas de seguros, si es necesario. Nuestros representantes de servicio al cliente ayudan a los clientes a determinar su cobertura de seguro y facturan al/a los seguro(s) en su nombre. Mediante la firma del *Acuerdo del Paciente*, el cliente autoriza a Charm Medical Supply a solicitar en su nombre y a cobrar directamente todo beneficio de cobertura de seguro público y privado debido por productos y servicios suministrados por la Compañía. Si tienen lugar pagos de beneficios de seguro directamente a los clientes, los mismos aceptan toda responsabilidad por los pagos debidos.

Las entregas se llevan a cabo, tal como lo solicitan los clientes, hasta que el/los artículo(s) ya no sean necesarios desde un punto de vista médico y/o se considere que el cliente ya no es elegible para recibir los suministros.

Un día antes de la entrega programada, se verifica la elegibilidad del seguro del cliente para asegurarse de la cobertura de los productos a ser entregados. **Si se considera que el cliente *no es elegible* a la fecha del servicio, los suministros solicitados NO PUEDEN ser entregados.** Sin embargo, las entregas pueden reanudarse tan pronto como se determine que el cliente es nuevamente elegible.

Pago directo: si usted solicita un artículo o suministro que su seguro considera “no cubierto”, será necesario pagarlo *antes de la entrega*. Aceptamos Mastercard, Visa, Discover y American Express.

POLÍTICA DE DEVOLUCIÓN DE MERCADERÍA

Los productos entregados al cliente pueden ser devueltos si los mismos presentan defectos, si el producto o la cantidad del mismo son incorrectos o cualquier otro motivo aceptable, tal como lo determine la Gerencia.

Un producto presentado para devolución *no* será aceptado a menos que se encuentren en el embalaje *original, sin usar y sin abrir*. No podemos aceptar devoluciones de ningún artículo que haya sido utilizado en la piel o cerca de la misma.

La coordinación de la devolución/retiro del producto debe ser llevada a cabo por el cliente con Servicio al Cliente tan pronto como sea posible. ***La condición de los productos debe ser sin uso; de otra manera, el cliente será responsable del costo de los mismos.***

El cliente acuerda informar a Charm Medical Supply cada vez que tengan lugar cambios en la residencia, el médico, la compañía de seguros o las recetas. Si el cliente no notifica a Charm Medical Supply, puede ser considerado responsable del 100% de los cargos por los suministros que se entregaron.

SEGUROS CUBIERTOS

Masshealth	Blue Cross Blue Shield	Unicare
NHP	Harvard Pilgrim	BMC HealthNet
Network Health	Tufts HMO	<i>Y MUCHOS MÁS*</i>
Commonwealth Care Alliance	Fallon	
Medicare	United	

*** SI SU SEGURO NO ESTÁ INCLUIDO EN ESTA LISTA, LLAME A SERVICIO AL CLIENTE PARA OBTENER MAYOR INFORMACIÓN. PUEDEN EXISTIR ALGUNAS EXCEPCIONES.**

Si tiene alguna pregunta sobre su facturación o cobertura de seguro, llame a Servicio al Cliente al (877) 94-CHARM

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA PARA LOS PACIENTES

El objetivo de Charm Medical Supply es proporcionar servicios a nuestros clientes de la manera más rápida y eficiente posible. Sin embargo, la seguridad *debe* ser una prioridad por igual para nuestros clientes y para nuestro personal.

En el caso de una emergencia que puede causar la interrupción de los servicios, tal como un desastre natural o condiciones climáticas inclementes, la Gerencia y el Servicio al Cliente tratarán de trabajar con los clientes que han sido programados para recibir una entrega dentro del plazo específico del evento para coordinar soluciones alternativas, tales como una entrega anticipada o que el cliente pase a retirar su pedido, para asegurarse de que los suministros son recibidos de una manera segura y oportuna.

Si tiene lugar un evento de este tipo, será necesario asignar prioridades a las entregas para asegurarse de que la salud y la seguridad de los clientes de alta prioridad no serán puestas en riesgo (es decir, los pacientes con bombas de alimentación). Dicha asignación de prioridades será la siguiente:

PRIORIDADES DE ENTREGAS

- 1. PACIENTES CON BOMBAS DE ALIMENTACIÓN**
- 2. PACIENTES CON FÓRMULAS**
- 3. SUMINISTROS/EQUIPO MÉDICO DURABLE**
- 4. PACIENTES CON SUMINISTROS DE INCONTINENCIA**

CONDICIONES CLIMÁTICAS INCLEMENTES:

En el caso de condiciones climáticas inclementes (es decir, tormenta de nieve grave, tormenta eléctrica, huracán, etc.), las entregas serán adelantadas con el objetivo de hacer entregas a la mayor cantidad de clientes posible antes del impacto a pleno de la tormenta. Los clientes cuyas rutas serán entregadas por adelantado recibirán un mensaje vocal automático informándoles que tendrá lugar una entrega anticipada debido a condiciones climáticas inclementes. *Es responsabilidad del cliente y/o de la persona a cargo de los cuidados del cliente llamar a Servicio al Cliente para organizar una entrega alternativa si no serán capaces de recibir la entrega anticipada.*

Si Charm Medical Supply no es capaz de entregar los productos a los clientes de manera segura y/o no se coordinó una entrega alternativa, se acuerda que las entregas del cliente se llevarán a cabo *tan pronto como las condiciones de seguridad se restablezcan y/o la Gerencia lo considere posible.*

EVACUACIÓN DEBIDO A UNA EMERGENCIA

Una amplia variedad de emergencias, tanto provocadas por el hombre como naturales, pueden forzar a CHARM MEDICAL SUPPLY a una evacuación. Dichas emergencias incluyen incendios, explosiones, inundaciones, terremotos, huracanes, tornados, derrames de materiales tóxicos, accidentes radiológicos o bacteriológicos, disturbios civiles y violencia en el lugar de trabajo. En el caso de que tenga lugar uno de los eventos que se mencionan más arriba y que Charm Medical Supply deba ser evacuado, la Compañía enviará *de forma remota* un mensaje automático a los clientes afectados. Los clientes recibirán la notificación automática - *dentro de las 12 horas después del evento* – informándoles que ha tenido lugar una emergencia y que los servicios pueden no ser proporcionados, a menos que se coordinen alternativas. **Será luego responsabilidad del cliente o de la persona a cargo de los cuidados del cliente llamar al número que se proporciona en el mensaje para continuar con el intento de coordinar dichas alternativas.**

Si el cliente y Charm Medical Supply no son capaces de coordinar exitosamente una alternativa para la entrega, se acuerda que la entrega del cliente se llevará a cabo tan pronto como las condiciones de seguridad se restablezcan y/o la Gerencia lo considere posible.

La capacidad de asistencia de Charm Medical Supply en estas situaciones estará limitada por las condiciones medioambientales, problemas de seguridad y toda restricción sobre desplazamientos por parte de las autoridades federales, estatales o locales.

EMERGENCIAS DE BOMBA DE ALIMENTACIÓN

TMed Holdings Inc – Charm Medical Supply dispone de personal las 24 horas, 7 días a la semana para emergencias que involucren fallas de bombas de alimentación enteral. En caso de emergencias fuera del horario comercial, las llamadas son transferidas a un servicio de contestador atendido por personas que dispone de procedimientos para comunicarse con el personal de TMed. Cuando se recibe una llamada de un paciente/persona a cargo de los cuidados, un técnico de servicios/repación u otro personal capacitado evaluará el problema. Si el problema no puede ser solucionado por teléfono con el paciente/persona a cargo de los cuidados, se entregará otra bomba tan pronto como sea posible, tomando en cuenta la hora del día y la comodidad del paciente, pero a más tardar el día siguiente si la llamada se recibe durante la noche. Si el paciente/persona a cargo de los cuidados lo prefiere, puede llamar directamente al fabricante de la bomba al número de teléfono gratuito que se proporciona a todos los pacientes con bombas. Se trata de una línea de soporte técnico las 24 horas/7 días de la semana.

EN EL CASO DE CONDICIONES CLIMÁTICAS INCLEMENTES, las entregas serán priorizadas y las entregas de emergencia se llevarán a cabo mediante un vehículo equipado con tracción en las cuatro ruedas. Si es necesario, los recursos adicionales son los bomberos o la policía de [Pembroke](#).

EN EL CASO DE UN DESASTRE NATURAL O PROVOCADO POR EL HOMBRE en el que se espera una falla de la energía durante más de un día o dos, TMed Holdings, Inc asistirá al paciente/cliente hasta donde le sea posible. Las bombas de alimentación enteral funcionan con baterías. La información sobre el tiempo de funcionamiento y la carga de la batería está incluida en el manual de funcionamiento que se incluye con cada bomba. La asistencia puede incluir el recambio de la bomba por una con carga completa o la remoción, recarga y devolución de la bomba al paciente/cliente.

BOMBEROS DEPARTAMENTO DE BOMBEROS DE PEMBROKE	781-293-2300
POLICÍA DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE PEMBROKE	781-293-6363
HOSPITAL	PEMBROKE: 781- 829-7000 SOUTH SHORE: 781-624-8000
AMBULANCIA	ROCKLAND: (781) 878-2123 FALLON: (617) 482-8181
COUNCIL OF AGING	Pembroke: 781-294-8220 Plymouth: 508 747-0401
LÍNEA NACIONAL SOBRE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA http://www.ndvh.org/	1-800-799-SAFE (7233)
LÍNEA DIRECTA SOBRE LA MUJER MALTRATADA www.transitionhouse.org	Boston, MA (877) 785-2020 Waltham, MA (800) 899-4000
LÍNEA DIRECTA SOBRE EL MALTRATO DE ANCIANOS	1-800-922-2275
LÍNEA DIRECTA SOBRE EL MALTRATO DE NIÑOS (24 horas al día)	1-800-4-A-CHILD (1-800-422-4453)
COMISIÓN PARA LA PROTECCIÓN DE PERSONAS DISCAPACITADAS www.mass.gov/dppc	1-800-426-9009
LÍNEA DIRECTA SOBRE EL MALTRATO DE ANIMALES www.mspca.org	1-800-628-5808
HOSPICIO DE SOUTH SHORE www.southshorehospital.org	781-794-7877 781-843-0947 (derivaciones)
ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS DE VISITA www.vnaa.org	Norwell VNA 781-659-2342 Overlook VNA New Bedford 508- 998-7348
MEALS ON WHEELS mowaa@mowaa.org	Old Colony Elderly Services, Inc. Brockton (508) 584-1561
LOCALIZADOR DE PROGRAMA DE NUTRICIÓN www.eldercare.gov	(800) 677-1116
OXÍGENO: CLINICAL 1 HOME MEDICAL mm@clinical1homemedical.com	Teléfono: (781) 331-6856 Gratis: (800) 261-5737
INFUSIÓN Y OXÍGENO Boston Home Infusion, Inc www.bostonhomeinfusion.com	(781) 326-1986
MÁQUINAS DE MOVIMIENTO CONTINUO PASIVO / APARATOS ORTOPÉDICOS SURGI-CARE www.surgi-careinc.com	Waltham, Ma 800-797-8744

ACUSE DE RECIBO DE DOCUMENTACIÓN DEL PACIENTE

Yo, el abajo firmante, reconozco que he *recibido, leído y comprendo* los siguientes documentos que me proporcionó Charm Medical Supply:

- Derechos y Responsabilidades del Paciente *
- Acuerdo del Paciente *
- Autorización de Entrega *
- Liberación de Información del Paciente *
- Acuse de Recibo del Paciente *
- Normas de Proveedor de Medicare DMEPOS
- Aviso de Prácticas de Privacidad
- Política de Reclamos/Quejas de Pacientes
- Prácticas de Facturación y Reembolsos
- Políticas y Procedimientos de Emergencia para los Pacientes
- Lista de Recursos Comunitarios

** He completado los documentos (marcados con un *) requeridos por Charm Medical Supply para dar comienzo a los servicios que he solicitado. Los cinco (5) documentos que requieren una firma serán enviados en el sobre con la dirección y franqueo que me entregó Charm Medical Supply.*

Nombre del paciente (en letra de molde)

X

Firma del paciente o tutor/persona a cargo de los cuidados del paciente

FECHA