

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:

*** ESTOS DOCUMENTOS INDICADOS DEBEN SER COMPLETADOS, FIRMADOS Y VOLVIDO AL CHARM MEDICAL SUPPLY ***

Acuse de recibo de documentación *
Aviso de privacidad formulario de reconocimiento de las prácticas *

CONSERVE LOS DOCUMENTOS RESTANTES PARA SUS REGISTROS:

DMEPOS Estándares de proveedor de Medicare
Aviso de Privacidad Practicas
Política de reclamos/quejas de paciente
Derechos y Responsabilidades de paciente
Acuerdo de paciente
Facturación y las prácticas de reembolso
Políticas de emergencia y procedimientos para los pacientes
Lista de recursos de la comunidad

Le pedimos que tan pronto como le sea posible complete los formularios de “Acuse de recibo de Documentacion” y “Aviso de privacidad de reconocimiento de las prácticas” 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 hay cualquier cambio en su información de contacto, dirección, seguros o médicos, por favor de comunicarse inmediatamente para que no existan ningunas roturas en nuestra capacidad para proveer servicios.

Nos enorgullecemos de nuestro excelente servicio al cliente, productos y entregas. Por favor contáctenos con cualquier pregunta o comentario acerca de sus necesidades de suministro o servicio. Tome un momento para hojear nuestro Web site: www.charmmedical.com para ver nuestra oferta de productos completa.

Gracias por elegir Charm Medical Supply. ¡ Esperamos trabajar con usted!

Sinceramente,
Charm Medical Supply

DMEPOS ESTANDARES DE PROVEEDOR 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. EL SUPLIDOR DEBE CUMPLIR CON TODAS LAS LICENCIAS FEDERALES Y ESTATALES Y LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS Y NO SE PUEDE CONTRATAR CON UNA PERSONA O ENTIDAD DE SERVICIOS CON LICENCIA.
2. UN PROVEEDOR DEBE OFRECER INFORMACIÓN PRECISA Y COMPLETA SOBRE LA APLICACIÓN DE PROVEEDOR DE DMEPOS. CUALQUIER CAMBIO EN ESTA INFORMACIÓN SE INDICARÁ A LA CÁMARA DE COMPENSACIÓN NACIONAL PROVEEDOR DENTRO DE 30 DÍAS.
3. UNA PERSONA AUTORIZADA (UNO CUYA FIRMA ES VINCULANTE) DEBE FIRMAR LA SOLICITUD DE FACTURACIÓN PRIVILEGIOS
4. UN PROVEEDOR DEBE LLENAR LAS ÓRDENES DE SU PROPIO INVENTARIO, O DEBE CONTRATAR CON OTRAS EMPRESAS PARA LA COMPRA DE ARTÍCULOS NECESARIOS PARA COMPLETAR LA ORDEN. UN PROVEEDOR NO PUEDE CONTRATAR CON CUALQUIER ENTIDAD QUE ACTUALMENTE EXCLUIDO DEL PROGRAMA MEDICARE, DE CUALQUIER ESTADO PROGRAMAS DE ATENCIÓN DE SALUD, O DE CUALQUIER OTRO PROGRAMA FEDERAL COMPRAS O NO COMPRAS.
5. UN PROVEEDOR DEBE AVISAR A LOS BENEFICIARIOS QUE MAYO ALQUILER O COMPRA BARATO O RUTINARIAMENTE COMPRADOS EQUIPO MÉDICO DURADERO Y OPCIÓN DE COMPRA PARA ALQUILER CON EQUIPO.
6. UN PROVEEDOR DEBE NOTIFICAR A LOS BENEFICIARIOS DE LA COBERTURA DE LA GARANTÍA Y HONOR TODAS LAS GARANTÍAS BAJO LAS LEYES ESTATALES APLICABLES Y REPARAR O REEMPLAZAR SIN CARGO MEDICARE CUBRIERON ELEMENTOS QUE ESTÁN BAJO GARANTÍA.
7. EL SUPLIDOR DEBE MANTENER UNA INSTALACIÓN FÍSICA EN UN SITIO APROPIADO. ESTA NORMA EXIGE QUE LA UBICACIÓN ES ACCESIBLE AL PÚBLICO Y CON PERSONAL DURANTE LAS HORAS DE NEGOCIO PUBLICADAS. LA UBICACIÓN DEBE SER POR LO MENOS 200 PIES CUADRADOS Y CONTIENEN ESPACIO PARA ALMACENAR LOS REGISTROS.
8. EL SUPLIDOR DEBERÁ PERMITIR CMS, O SUS AGENTES PARA LLEVAR A CABO INSPECCIONES IN SITU PARA DETERMINAR CUMPLIMIENTO AL PROVEEDOR DE ESTAS NORMAS. LA UBICACIÓN DEL PROVEEDOR DEBE SER ACCESIBLE A LOS BENEFICIARIOS DURANTE HORAS RAZONABLES Y DEBE MANTENER UN SIGNO VISIBLE Y PUBLICADAS HORAS DE OPERACIÓN
9. EL SUPLIDOR DEBE MANTENER UN NEGOCIO PRINCIPAL TELÉFONO LISTADO BAJO EL NOMBRE DE LA EMPRESA EN UN DIRECTORIO LOCAL O UN NÚMERO GRATUITO DISPONIBLE A TRAVÉS DE ASISTENCIA DE DIRECTORIO. SE PROHÍBE EL USO EXCLUSIVO DE UN BEEPER, CONTESTADOR, CONTESTADOR O TELÉFONO CELULAR DURANTE EL HORARIO COMERCIAL PUBLICADA.
10. EL SUPLIDOR DEBE TENER SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL COMPRENSIVA POR UN MONTO DE AL MENOS \$300.000 QUE CUBRE LUGAR DE TANTO EL PROVEEDOR DE NEGOCIOS Y TODOS LOS CLIENTES Y EMPLEADOS DE LA EMPRESA. SI EL PROVEEDOR FABRICA SUS PROPIOS ARTÍCULOS, ESTE SEGURO TAMBIÉN DEBE CUBRIR RESPONSABILIDAD DE PRODUCTOS Y OPERACIONES COMPLETADAS.
11. EL SUPLIDOR DEBE ESTAR DE ACUERDO A INICIAR CONTACTOS TELEFÓNICOS CON LOS BENEFICIARIOS, CON ALGUNAS EXCEPCIONES PERMITIDAS. ESTA NORMA PROHÍBE A PROVEEDORES CONTACTAR A UN BENEFICIARIO DE MEDICARE BASADO EN ORDEN ORAL DE UN MÉDICO A MENOS QUE UNA EXCEPCIÓN SE APLICA.
12. UN PROVEEDOR ES RESPONSABLE DE LA ENTREGA Y DEBE INDICAR A LOS BENEFICIARIOS DE MEDICARE CUBIERTA ARTÍCULOS Y MANTENER LA PRUEBA DE LA ENTREGA.
13. EL SUPLIDOR DEBE CONTESTAR PREGUNTAS Y RESPONDER A LAS QUEJAS DE LOS BENEFICIARIOS Y MANTENER LA DOCUMENTACIÓN DE DICHOS CONTACTOS.
14. EL SUPLIDOR DEBE MANTENER Y REEMPLAZAR EN EL CARGO NI REPARACIÓN DIRECTAMENTE O A TRAVÉS DE UN CONTRATO DE SERVICIO CON OTRA EMPRESA, LOS ARTÍCULOS CUBIERTOS POR MEDICARE HA ALQUILADO A LOS BENEFICIARIOS.
15. EL SUPLIDOR DEBE ACEPTAR DEVOLUCIONES DE DEFICIENTE (MENOS DE CALIDAD TOTAL PARA EL ARTÍCULO DETERMINADO) O INADECUADO DE LOS ARTÍCULOS (INADECUADO PARA EL BENEFICIARIO EN EL MOMENTO FUE EQUIPADO Y ALQUILADO O VENDIDO) DE LOS BENEFICIARIOS.
16. EL SUPLIDOR DEBE REVELAR ESTAS NORMAS DIRECTAMENTE A CADA BENEFICIARIO A QUIEN SUMINISTRA UN ELEMENTO CUBIERTO POR MEDICARE.
17. EL PROVEEDOR DEBE INFORMAR AL GOBIERNO CUALQUIER PERSONA QUE TENGA PROPIEDAD, FINANCIERO, O EL INTERÉS DE CONTROL EN LA EMPRESA.
18. UN PROVEEDOR NO DEBE TRANSMITIR O ASIGNAR UN NÚMERO DE PROVEEDOR; ES DECIR, EL PROVEEDOR NO PODRÁ VENDER O QUE OTRA ENTIDAD PUEDA UTILIZAR SU NÚMERO DE FACTURACIÓN DE MEDICARE.
19. UN PROVEEDOR DEBE TENER UN PROTOCOLO DE RESOLUCIÓN DE QUEJA ESTABLECIDO DIRECCIÓN QUEJAS DE BENEFICIARIOS QUE SE RELACIONAN CON ESTAS NORMAS. EN LA PLANTA FÍSICA SE DEBE MANTENER UN REGISTRO DE ESTAS DENUNCIAS.
20. DENUNCIA LOS REGISTROS DEBEN 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 ADOPTADAS PARA RESOLVERLO.
21. EL SUPLIDOR DEBE ESTAR DE ACUERDO EQUIPAR CMS CUALQUIER INFORMACIÓN REQUERIDA POR EL ESTATUTO DE MEDICARE Y EL REGLAMENTO DE APLICACIÓN.
22. TODOS LOS PROVEEDORES DEBEN ESTAR ACREDITADOS POR UN ORGANISMO DE ACREDITACIÓN APROBADO POR CMS PARA RECIBIR Y RETENER UN NÚMERO DE FACTURA DE PROVEEDOR. LA ACREDITACIÓN DEBERÁ INDICAR LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS ESPECÍFICOS, PARA QUE LA EMPRESA ESTÁ ACREDITADA EN ORDEN PARA EL PROVEEDOR AL RECIBIR EL PAGO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS ESPECÍFICOS (A EXCEPCIÓN DE CIERTOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS EXENTOS). FECHA DE IMPLEMENTACIÓN - 01 DE OCTUBRE DE 2009
23. TODOS LOS PROVEEDORES DEBEN NOTIFICAR A SU ORGANIZACIÓN DE ACREDITACIÓN CUANDO SE ABRE UNA NUEVA UBICACIÓN DE DMEPOS.
24. TODAS LAS UBICACIONES DE PROVEEDOR, YA SEA PROPIEDAD O SUBCONTRATADOS, DEBERÁN CUMPLIR LAS NORMAS DE CALIDAD DE DMEPOS Y SER ACREDITADAS POR SEPARADO EN ORDEN A PROYECTO DE LEY MEDICARE.
25. TODOS LOS PROVEEDORES DEBEN DIVULGAR SOBRE INSCRIPCIÓN TODOS LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS, INCLUYENDO LA ADICIÓN DE NUEVAS LÍNEAS DE PRODUCTOS PARA LOS QUE BUSCAN LA ACREDITACIÓN
26. DEBE CUMPLIR LOS REQUISITOS DE BONOS DE GARANTÍA ESPECIFICADOS EN 42 C.F.R. 424.57(C). APLICACIÓN FECHA-04 DE MAYO DE 2009
27. EL SUPLIDOR DEBERÁ OBTENER OXÍGENO DE UN SURTIDOR DEL OXÍGENO CON LICENCIA DEL ESTADO.-
28. EL SUPLIDOR DEBE MANTENER DOCUMENTACIÓN DE PEDIDO Y REFERENCIA COMPATIBLES CON LO DISPUESTO EN 42 C.F.R. 424.516(F).
29. DMEPOS PROVEEDORES SE PROHÍBEN COMPARTIR UNA UBICACIÓN PRÁCTICA CON ALGUNOS OTROS PROVEEDORES DE MEDICARE Y PROVEEDORES.
30. DMEPOS PROVEEDORES DEBEN PERMANECER ABIERTAS AL PÚBLICO DURANTE UN MÍNIMO DE 30 HORAS SEMANALES, CON ALGUNAS EXCEPCIONES

POLÍTICA DE RECLAMOS/QUEJAS DE PACIENTES

Clientes/pacientes y cuidadores tienen el derecho a tener todas las quejas que escuchó, investigadas y resueltas en la medida de lo posible. TMed Holdings Inc., dba encanto Medical Supply, promueve la comunicación abierta entre padres/pacientes y personal. La empresa respeta los derechos de los pacientes y la necesidad de una comunicación eficaz.

Pacientes/clientes son libres de quejas o reclamaciones con respecto a las políticas o servicios de la voz y recomendar cambios sin coerción, discriminación, represalias o irrazonable interrupción de los servicios. El proceso de quejas incluye admisión, investigación, acción correctiva según sea el caso, resolución de quejas y seguimiento. Los pacientes reciben la documentación necesaria sobre el proceso de resolución de quejas de la compañía dentro de su documentación de admisión.

TMed recibe, investiga y responde a las quejas y recomendaciones recibidas de pacientes/clientes. Sobre la admisión, TMed proporciona notificación oral o escrita de su proceso de resolución de quejas y otros recursos para el registro de quejas. Del paciente / registro del cliente debe documentar todas las comunicaciones, firmado y fechado por un miembro del personal.

Un paciente/cliente puede presentar una queja o reclamo llamando al servicio al cliente al 877-94-encanto o 781-829-9813. La denuncia podrá presentarse también por escrito al Presidente de la compañía, Peter Tallas en la oficina de TMed Pembroke.

Se notificará al denunciante dentro de 5 días hábiles de la recepción que la queja ha sido recibida y está siendo investigada. La empresa iniciará una investigación por entrevista personal, revisar registros de entrega van, control de archivo del paciente incluyendo los comprobantes de entrega y otras documentaciones. Si es necesario, el paciente y/o cuidador será contactado para obtener más información. Fuentes colaterales contactarse para información, el paciente será notificado y se obtendrá formas de liberación de información.

Dentro de 14 días hábiles, se enviará una respuesta por escrito de los resultados de dicha investigación para la resolución de la queja del paciente.

Un informe completo de la queja inicial y la investigación subsecuente y la resolución debe ser mantenido por el administrador en un archivo seguro de cumplimiento, y un resumen está documentado en el prontuario del paciente.

Los pacientes pueden llamar nuestra organización acreditadora, CHAP, para presentar una queja o pregunta sobre encanto Medical Supply como organización, si se considera necesario. CHAP Hotline: 1-800-656-9656 (9-17:00 de lunes a viernes).

Los pacientes pueden también llamar MassHealth al 1-800-841-2900 o Medicare al 1-800-633-4227 para registrar la queja, si se considera necesario.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Como exige la normativa de privacidad promulgada en virtud de la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA)

EFICAZ 18 DE SEPTIEMBRE DE 2013 ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE UTILIZARSE DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD. LEA ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

A. NUESTRO COMPROMISO CON SU PRIVACIDAD

Los términos de este aviso se aplica a todos los expedientes que contienen su información de salud protegida que se creó, recibió, mantenido o transmitido por nuestra empresa, nuestros asociados de negocios y sus subcontratistas. Nos reservamos el derecho de revisar y modificar nuestro aviso de prácticas de privacidad. Cualquier revisión o enmienda a este aviso será efectivo para todos tus registros, nuestra empresa ha creado o mantenido en el pasado y para cualquiera de los registros que podemos crear, recibir, mantener o transmitir en el futuro. Nuestra empresa a publicar una copia de nuestra notificación actualizada en nuestras oficinas en un lugar prominente y en nuestro sitio Web. Puede solicitar una copia de nuestra más reciente notificación por teléfono, por escrito o por correo electrónico.

B. SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTE AVISO, PÓNGASE EN CONTACTO CON:

Peter Tallas - Presidente, (781) 829-9813, 33 Riverside Drive Suite 200, Pembroke, MA 02359.

C. PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD EN LAS SIGUIENTES MANERAS

Las siguientes categorías describen diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud identificable. Excepto para los fines descritos a continuación, otros usos o revelaciones de información protegida de salud no cubiertos por esta notificación con fines de marketing o revelaciones que constituirían una venta de su información protegida de salud y las leyes que nos rigen sólo se realizará con su autorización por escrito.

1. Tratamiento. Nuestra empresa puede utilizar y divulgar su información protegida de salud para su tratamiento y darle tratamiento servicios relacionados. Por ejemplo, podemos divulgar información médica a doctores, enfermeras u otro personal, incluyendo a personas fuera de nuestra oficina de la compañía, que participan en su cuidado médico y necesitan la información para proporcionarle atención médica..

2. Pago. Nuestra empresa puede usar y divulgar su información médica protegida para facturar y cobrar el pago por los servicios y elementos que reciba de nosotros. Por ejemplo, nos podemos en contacto con su compañía de seguros de salud para certificar que usted es elegible para beneficios y podemos proporcionar con detalles sobre sus servicios e Inicio Salud artículos para determinar si su compañía de seguros cubrirá, o pagar, estos servicios y su compañía de seguros. También podemos usar y divulgar su información protegida de salud para obtener el pago por parte de terceros que puede ser responsable por dichos costos, tales como miembros de la familia. También, podemos usar su información médica protegida a facturarle directamente por servicios y artículos no cubiertos por el seguro de salud.

3. Operaciones de cuidado de la salud. Nuestra empresa puede usar y divulgar su información protegida de salud para operar nuestro negocio. Como ejemplos de las maneras en que podemos usar y divulgar su información para nuestras operaciones, nuestra empresa puede utilizar su información de salud para evaluar la calidad de la atención que recibió de nosotros, o para llevar a cabo la gestión de costes y planificación de actividades para nuestra empresa.

4. Asociados de Negocios. Nuestros socios son partes con las cuales realizamos negocios para ofrecerle nuestros servicios que incluyen pero no se limitan a disposiciones de equipos médicos y su montaje, suministros médicos, servicio a domicilio de equipos y suministros y facturación médica a su pagador de seguro de salud, de sí mismo o terceros designados. Nuestra empresa puede usar y divulgar su información médica protegida a asociados de negocios. Socios de negocios recibirán sólo el mínimo de información de salud necesaria para que puedan realizar las actividades de su negocio que llevan a cabo en nuestro nombre

5. Recordatorios de Citas. Nuestra empresa puede utilizar y divulgar su información de salud protegida para contactar y recordar visitas/entregas

6. Servicios y beneficios relacionados con la salud. Nuestra empresa puede usar y divulgar su información protegida de salud para informarle sobre beneficios relacionados con la salud o servicios que puedan ser de interés de usted.

7. Entrega de informacion a familiars y amigos. Nuestra empresa puede liberar su información médica protegida a tu familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona identifica como involucrados en ayudar a pagar por el cuidado de su salud, o que asiste en el cuidado de usted, a menos que usted se oponga. Consulte la sección "Sus derechos sobre su información de salud protegida" de este aviso de prácticas de privacidad para obtener más información.

8. Declaraciones requeridas por la ley. Nuestra empresa usaremos y revelaremos su información protegida de salud cuando estamos obligados a hacerlo por ley federal, estatal o local.

Las siguientes categorías describen escenarios únicos en los que nosotros o nuestros asociados de negocio (sólo si o en su caso) podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida:

1. Riesgos para la salud pública. Nuestra compañía puede divulgar su información protegida de salud a las autoridades de salud pública que estén autorizadas por la ley para recoger información con el fin de:

- Mantenimiento de registros vitales tales como nacimiento y muerte
- Informar abuso o negligencia
- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades
- Notificar a una persona en relación con el riesgo potencial de propagación o contraer una enfermedad o condición
- Informar problemas con productos o dispositivos
- Individuos de notificación si se ha retirado un producto o dispositivo que pueden estar usando

- Notificación gubernamental adecuada agency(ies) y autoridades en relación con el abuso o descuido de un paciente adulto (incluyendo violencia doméstica); sólo divulgaremos esta información si el paciente está de acuerdo o estamos requeridos o autorizados por ley a divulgar información.

2. Actividades de supervisión de salud. Nuestra organización puede divulgar su información médica protegida a una agencia de salud para actividades autorizadas por ley. Actividades de supervisión pueden incluir por ejemplo, investigaciones, auditorías, encuestas, licencias y medidas disciplinarias; procedimientos civiles, administrativos y penales o acciones; u otras actividades necesarias para el gobierno supervisar los programas de gobierno, cumplimiento de las leyes derechos civiles y los sistemas de salud en general.

3. Pleitos y procedimientos similares. Nuestra organización puede usar y divulgar su información protegida de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, si usted está involucrado en un juicio o procedimiento similar. También podemos divulgar su información protegida de salud en respuesta a una solicitud de descubrimiento, citación u otro proceso legal por otra parte involucrada en la disputa, pero solamente si hemos hecho un esfuerzo para informar o para obtener una orden protegiendo la información de la parte ha solicitado.

4. Aplicación de la ley. Podemos divulgar información de salud protegida si lo pide un oficial de la ley:

- Respecto a la víctima de un crimen en ciertas situaciones, si somos capaces de obtener su conformidad
- Sobre una muerte que creemos puede haber resultado de contacto criminal
- En cuanto al contacto criminal en nuestras oficinas
- En respuesta a una orden judicial, citatorio, orden, citación o proceso legal similar de la corte
- Identificar/localizar un sospechoso, testigo, persona fugitivo o falta
- En caso de emergencia, para reportar un crimen, incluyendo la localización o víctimas del delito, o la denominación, identity(ies) o localización de la conducta.

5. Serias amenazas para la salud o seguridad. Nuestra organización puede usar y divulgar su información médica protegida cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y la seguridad de otra persona o del público. En estas circunstancias, sólo haremos revelaciones a una persona u organización capaz de prevenir la amenaza.

6. Militar. Nuestra organización puede divulgar su información protegida de salud si usted es un miembro de los Estados Unidos o las fuerzas militares extranjeras (incluido a veteranos) y si es requerido por las autoridades de comando militar apropiadas

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

8. Compensación de trabajadores. Nuestra organización puede divulgar su información de salud protegida para compensación a los trabajadores y programas similares

E. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud protegida que mantenemos sobre usted

1. Inspección y copias. Usted tiene el derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información médica protegida que puede utilizarse para tomar decisiones sobre usted, incluyendo expedientes médicos pacientes y registros de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia. Usted debe presentar su solicitud por escrito a: Peter Tallas – Presidente, (781) 829-9813, 33 Riverside Drive Suite 200, Pembroke, MA 02359, con el fin de inspeccionar y obtener una copia de su información protegida de salud. Nuestra organización puede cobrar un cargo por los costos de copiado, correo, mano de obra e insumos asociados con su petición. Nuestra empresa puede negar su petición para inspeccionar y/o copiar en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, usted puede solicitar una revisión de nuestra negación. Comentarios serán realizados por otro profesional médico licenciado profesional elegido por nosotros.

2. Copia electrónica de los registros médicos electrónicos. Si su información protegida de salud se mantiene en formato electrónico (es decir, un digital electrónico expediente médico o de salud), tiene derecho a solicitar que una copia electrónica de su expediente enviada o transmitida a usted o a otro individuo o entidad. Actualmente nuestra organización no utiliza un formato de registro electrónico de médico o de salud. Sin embargo, si en algún momento implementar uso de una electrónica médica / formato de registro de salud usted será elegible para solicitar sus registros de salud en este formato.

3. Derecho a solicitar información de salud protegida enviado a directamente a otro individuo / terceros. Si desea que su información protegida de la salud envíe a un tercero su petición debe ser escrito y enviada a: Peter Tallas – Presidente, (781) 829-9813, 33 Riverside Drive, Suite 200 Pembroke, MA 02359. Su petición debe aclarar la identidad de las personas designadas para recibir esta información y la dirección a la que deben enviarse copias.

4. Enmienda. Usted puede pedirnos que enmendemos su información de salud si usted cree que es incorrecta o incompleta, y puede solicitar una enmienda mientras la información se mantiene por o para nuestra organización. Para solicitar una enmienda, su petición debe ser hecha por escrito y presentada a: Peter Tallas – Presidente, (781) 829-9813, 33 Riverside Drive Suite 200, Pembroke, MA 02359. Usted debe darnos razones que apoyan su petición de enmienda. Nuestra organización negará su petición si usted no puede presentar su solicitud (y la razón que respalde su solicitud) por escrito. También, podemos negar su petición si nos pide que enmendemos información que: (a) exacta y completa; (b) no es parte de la información de salud identificable mantenida por o para la organización; (c) no es parte de la información de salud identificable que permitiría inspeccionar y copiar; o (d) no creado por nuestra organización, a menos que la persona o entidad que creó la información no está disponible para modificar la información.

5. Solicitar restricciones. Usted tiene el derecho a solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información de salud identificable para pago u operaciones de atención médica. Además, usted tiene derecho a solicitar que limitamos nuestra divulgación de su información protegida de salud a los individuos involucrados en su cuidado o pago de su atención, como miembros de la familia y amigos. No estamos obligados a aceptar su petición a menos que usted nos piden restringir el uso y divulgación de su información médica protegida a un plan de salud para propósitos de operación de pago o atención de la salud y dicha información que usted desea restringir pertenece únicamente a un elemento de atención médica o servicio que usted ha pagado nos "bolsillo" en su totalidad. Si estamos de acuerdo nos conformaremos con su petición a menos que la información es requerida por la ley, o es necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Con el fin de solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información protegida de salud, usted debe hacer su petición por escrito a: Peter Tallas – Presidente, (781) 829-9813, 33 Riverside Drive Suite 200, Pembroke, MA 02359. Su petición debe describir de manera clara y concisa: (a) información desea restringido; (b) si usted está solicitando para limitar el uso de nuestra compañía, divulgación o ambos; y (c) a quien quiere límites a aplicar.

6. Incumplimiento. Usted tiene el derecho a ser notificado en un incumplimiento de cualquiera de su información médica protegida sin garantía

7. Contabilidad de revelación. Todos nuestros pacientes tienen derecho a solicitar una "contabilidad de accesos." Una "contabilidad de accesos" es una lista de ciertas divulgaciones que nuestra organización ha hecho de su información protegida de salud. Para obtener una contabilidad de revelaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito a Peter Tallas – Presidente, (781) 829-9813, 33 Riverside Drive Suite 200, Pembroke, MA 02359. Todas las peticiones de una "contabilidad de accesos" deben indicar un período de tiempo que no puede tener más de seis años desde la fecha de su solicitud. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses es gratuita, pero nuestra empresa puede cargar listas adicionales dentro del mismo período de 12 meses. Nuestra organización le notificaremos de los costos involucrados con solicitudes adicionales, y usted puede retirar su petición antes que incurra en costes.

8. Recaudación de fondos. Entidades que pueden usar o divulgar su información médica protegida a los efectos de las actividades de recaudación de fondos están obligadas a informarle de los mismos y ofrecerle la oportunidad de optar por la participación en las actividades de recaudación de fondos en el que su información protegida de salud puede ser usada o divulgada. Nuestra organización no participar en ninguna actividad de recaudación de fondos que supondría el uso o divulgación de su información de salud protegida.

9. Derecho a proporcionar una autorización para otros usos y divulgaciones. Nuestra organización obtendrá su autorización por escrito para usos y divulgaciones que no están cubiertos por esta notificación o permitidas por la ley. Cualquier autorización usted nos proporciona con respecto al uso y divulgación de su información de salud protegida puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Después usted revoca su autorización, que ya no usemos o divulguemos su información de salud protegida por las razones descritas en la autorización. Tenga en cuenta que estamos obligados a conservar los registros de los servicios y elementos que le proporcionadas.

10. Comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que nuestra organización comunicarse con usted acerca de su salud y cuestiones relacionadas de una manera particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, usted puede pedir que nos en contacto con usted en su casa, en lugar de trabajar. Para solicitar un tipo de comunicación confidencial, usted debe solicitar por escrito a: Peter Tallas – Presidente, (781) 829-9813, 33 Riverside Drive Suite 200, Pembroke, MA 02359, especificando el método requerido de contacto, o la ubicación donde desea ser contactado. Nuestra organización tendrá en cuenta las solicitudes razonables. No necesita dar una razón para su petición.

11. Derecho a presentar una queja. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nuestra organización o con el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos. Para presentar una queja con nuestra organización, póngase en contacto con Peter Tallas – Presidente, (781) 829-9813, 33 Riverside Drive Suite 200, Pembroke, MA 02359. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Usted no será penalizado para llenar una queja

12. Derecho a una copia de este aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad. Usted puede pedirnos que le dará una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia impresa de este aviso, póngase en contacto con Peter Tallas – Presidente, (781) 829-9813, 33 Riverside Drive Suite 200, Pembroke, MA 02359..



PRACTICAS DE FACTURACION Y REEMBOLSO

Nuestra misión en Charm Medical Supply es ofrecer a nuestros clientes un servicio excepcional y simplificar la forma que suministros médicos se ordenó y recibió. Charm Medical Supply gestiona la totalidad de los requerimientos asociados a pedido de suministros bajo Medicare, MassHealth, Blue Cross Blue Shield y otros planes de seguro para los clientes, como la obtención de recetas, cartas de necesidad médica y seguros anteriores homologaciones, si procede. Nuestros representantes de servicio de cliente a los clientes determinar su cobertura de seguro y así en su nombre de la cuenta. Al firmar el acuerdo del paciente, el cliente autoriza a Charm Medical Supply para solicitar en su nombre y para recoger directamente, toda cobertura de seguros pública y privada beneficios debido a productos y servicios suministrados por la compañía. Los pagos para beneficios del seguro se hacen directamente al cliente, en el caso convienen en aceptar toda responsabilidad por los pagos debidos.

Las entregas se hacen, como solicitado por el cliente, hasta que los artículos no son médicamente necesarios, o el cliente se considerará inelegibles para recibir los suministros

Un día antes de la entrega programada, elegibilidad de seguro de los clientes es verificado para asegurar la cobertura de productos a ser entregados. Si el cliente se considerará inelegible para la fecha de servicio, no se puede entregar los suministros solicitados. Sin embargo, las entregas pueden reanudar tan pronto como el cliente está decidido a ser elegible nuevamente.

Pago directo: Si usted solicita un producto o suministro de que se considera 'no cubiertas' por su seguro, se debe de ser pagado antes de entrega. Aceptamos Mastercard, Visa, Discover y American Express

POLÍTICA DE DEVOLUCIÓN

Productos entregados a los clientes pueden ser devuelto si el producto es defectuoso, el producto incorrecto o cantidad de producto o cualquier otro aceptable razón-según lo determinado por la dirección.

Los productos presentados para devolución no será aceptada a menos que estén en el paquete original y sin usar y sin abrir. No podemos aceptar devoluciones de cualquier artículo que se han utilizado en o al lado de la piel.

El producto vuelta y recoger arreglo debe hacerse por el cliente con el servicio al cliente tan pronto como sea posible. Los productos deben estar sin usar; de lo contrario el cliente será responsable por el costo de los productos.

El cliente acuerda informar a Charm Medical Supply cada vez que hay cualquier cambio de residencia, médico, compañía de seguros o prescripción. No notificar al encanto de la fuente médica puede resultar en el cliente es responsable 100% de los cargos para las fuentes que fueron entregadas.

SEGUROS CUBIERTOS

Masshealth
NHP
Network Health
Commonwealth Care
Alliance

Medicare
Blue Cross Blue Shield
Harvard Pilgrim
Tufts HMO
Fallon

United
Unicare
*Y mucho Mas**

SI NO VES TU SEGURO LISTADA AQUÍ, POR FAVOR LLAME A SERVICIO AL CLIENTE PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN. ALGUNAS EXCEPCIONES PUEDEN APLICAR

**Para preguntas acerca de su cobertura de seguro o facturación, por favor llame a servicio al cliente:
(877) 94-CHARM**

POLÍTICAS DE EMERGENCIA Y PROCEDIMIENTOS PARA LOS PACIENTES

La meta de Charm Medical Supply es proporcionar servicios a nuestros clientes como rápidamente y eficientemente como sea posible. Sin embargo, la seguridad debe ser una prioridad en la consideración de nuestros clientes y empleados por igual.

En el caso de un evento inesperado podría causar la interrupción de los servicios, tales como desastres naturales o inclemencias del tiempo, gestión y servicio al cliente tratará de trabajar con los clientes programados para recibir una entrega en el plazo específico del evento para coordinar arreglos alternativos, como parto prematuro o recogida del cliente, para asegurar suministros pueden ser recibidos de manera segura y oportuna.

Si ocurre tal acontecimiento, las entregas tendrán que priorizarse para asegurar la salud y seguridad de clientes de alta prioridad no se verá afectada (es decir, pacientes de la bomba de alimentación). Esta priorización es la siguiente:

PRIORIZACIÓN DE LA ENTREGA

- 1. PACIENTES DE LA BOMBA DE ALIMENTACION**
- 2. PACIENTES DE FORMULAS INFANTIL**
- 3. SUMINISTROS / EQUIPOS MEDICOS**
- 4. PACIENTES DE INCONTINENCIA**

INCLEMENCIAS DEL TIEMPO:

En el caso de inclemencias del tiempo (es decir, severa tormenta de nieve, tormenta, huracán, etc.), se pueda empujar hacia arriba las entregas en intento de entregar a tantos clientes como sea posible antes de la tormenta es en efecto completo. Clientes cuyas rutas se entregará antes de tiempo recibirá un mensaje de voz automatizado les informa que el parto llevará a cabo debido a las inclemencias del tiempo. Entonces es responsabilidad del cliente y/o al cuidador del cliente llamar a servicio al cliente para hacer un arreglo alternativo si no serán capaces de aceptar esta entrega temprana.

Si Charm Medical Supply es incapaz de entregar productos a los clientes con seguridad o sin arreglos alternativos, se acuerda que se hará tan pronto como las condiciones de seguridad son restauradas o considera posible por gestión de las entregas de los clientes.

EVACUACIÓN DEBIDO A UN SUCESO INESPERADO

Una amplia variedad de situaciones de emergencia, tanto artificiales como naturales, puede requerir CHARM MEDICAL SUPPLY a ser evacuados. Estas emergencias incluyen: incendios, explosiones, inundaciones, terremotos, huracanes, tornados, lanzamientos de materiales tóxicos, accidentes radiológicos y biológicos, disturbios civiles y violencia en el trabajo. En el caso en que cualquiera de los anteriores mencionados se producen eventos y encanto Medical Supply es evacuar, la compañía enviará un mensaje automatizado a los clientes efectuados remotamente. Los clientes recibirán la notificación automatizada - plazo de 12 horas después del evento - informando al cliente que se ha producido un evento inesperado y servicios pueden no poder a menos que arreglos alternativos. Entonces es responsabilidad del cliente o cuidador del cliente para llamar al número que aparece en el mensaje para seguir el intento que tal arreglo

If the client and Charm Medical Supply are unable to successfully make an alternate arrangement for their delivery, it is agreed that the client's delivery will be made as soon as safety conditions are restored and/or deemed possible by Management.

La capacidad para CHARM MEDICAL SUPPLY ayudar en estas situaciones se tendrá en cuenta las condiciones ambientales, preocupaciones de seguridad y restricciones en viajes por las autoridades federales, estatales o locales.

EMERGENCIAS PARA LA BOMBA DE ALIMENTACION

TMed Holdings Inc – Charm Medical Supply tiene personal disponible 24 horas al día, 7 días a la semana para emergencias que implican mal funcionamiento de bomba alimentación enteral. Para emergencias que ocurren después de horas de trabajo, llamadas se dirigen a un servicio de contestador directo que tiene procedimientos para ponerse en contacto con personal de TMed. Cuando se recibe una llamada de un paciente/cuidador, un técnico de servicio/repación u otro personal capacitado va a determinar el problema. Si el problema no puede resolverse por teléfono con el paciente/cuidador, entonces otra bomba será entregado tan pronto como sea posible, con la consideración de la hora del día y brindar comodidad al paciente, pero no más tarde del día siguiente si la llamada se recibe en la noche. Si paciente/cuidador prefiere, puede llamar a fabricante de la bomba directa a un número gratuito a todos los pacientes de bomba. Se trata de una línea de apoyo 24 horas/7 días-tecnología.

En caso de inclemencias del tiempo se priorizan las entregas y entregas de emergencia se hará a través de un vehículo equipado con 4 ruedas. Recursos adicionales serían Pembroke fuego o policía para obtener ayuda, si es necesario

En caso de un NATURAL o desastres provocados por el hombre donde la falta de energía se espera que dure por más de un día o dos, TMed Holdings, Inc le ayudará al paciente/cliente a la medida de lo posible. Las bombas de alimentación enteral son con pilas. Información sobre el tiempo de operación de la batería y la carga de la batería se encuentra en el Manual del operador suministrado con cada bomba. Asistencia puede consistir en intercambiar la bomba por una completamente cargada o desmontar la bomba, recarga y devolverla al paciente/cliente.



LISTA DE RECURSOS DE LA COMUNIDAD

FUEGO DEPT. DE BOMBEROS DE PEMBROKE	781-293-2300
POLICIA DEPT. DE LA POLICIA DE PEMBROKE	781-293-6363
HOSPITAL	PEMBROKE: 781- 829-7000 SOUTH SHORE: 781-624-8000
LA AMBULANCIA	ROCKLAND: (781) 878-2123 FALLON: (617) 482-8181
CONSEJO SOBRE EL ENVEJECIMIENTO	Pembroke: 781-294-8220 Plymouth: 508 747-0401
LÍNEA DIRECTA NACIONAL DE VIOLENCIA DOMÉSTICA ndvh.org	1-800-799-SAFE (7233)
LÍNEA DE AYUDA PARA MUJERES MALTRATADAS transitionhouse.org	Boston, MA (877) 785-2020 Waltham, MA (800) 899-4000
LINEA DE AYUDA PARA VIEJOS	1-800-922-2275
LÍNEA DIRECTA DE ABUSO INFANTIL (24 horas al día)	1-800-4-A-CHILD (1-800-422-4453)
COMISIÓN DE PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD http://www.mass.gov/dppc	1-800-426-9009
LINEA DE AYUDA PARA ANIMALES www.mspca.org	1-800-628-5808
HOSPICE DE SOUTH SHORE www.southshorehospital.org	781-794-7877 781-843-0947 (referrals)
VISITA DE ASOCIACIÓN DE LA ENFERMERAS www.vnaa.org	Norwell VNA 781-659-2342 Overlook VNA New Bedford 508- 998-7348
COMIDAS SOBRE RUEDAS mowaa@mowaa.org	Old Colony Elderly Services, Inc. Brockton (508) 584-1561
LOCALIZADOR DE PROGRAMA DE NUTRICIÓN www.eldercare.gov	(800) 677-1116
EL OXIGENO CLINICAL 1 HOME MEDICAL clinical1.com	Telefono: (781) 331-6856 Llamada Gratuita: (800) 261-5737
TERAPIA DE INFUSIÓN EN EL HOGAR OPTIONS CARE optioncare.com	(866) 827-8203
CPM MAQUINAS/ ABRAZADERAS SURGI-CARE surgi-careinc.com	Waltham, Ma 800-797-8744

INSTRUCCIONES PARA ORDENAR SUMINISTROS MENSUALES

ENTREGAS AUTOMÁTICAS NO SE PERMITIERON SEGÚN LOS REGLAMENTOS DE SEGUROS, POR LO TANTO NOS DEBE TENER EN EL REGISTRO UN DOCUMENTADO "VOLVER A LLENAR LA CONFIRMACIÓN DE PEDIDO/ORDEN" CADA MES ANTES DE PROPORCIONAR LOS SUMINISTROS

CONFIRMACIÓN DE LA SOLICITUD/ORDEN DE RECARGA NO DEBERÁ OBTENERSE MÁS QUE 7 DÍAS ANTES DE SU ENTREGA. PUEDE CONFIRMAR EN LAS SIGUIENTES MANERAS:

1. RESPONDEN A NUESTRA PUBLICACIÓN MENSUAL AUTOMATIZADO DE LLAMADA, QUE COLOCAR 7 DÍAS ANTES DE LA FECHA DE ENTREGA OBJETIVO (ESTE MÉTODO ES ACEPTABLE PARA LA MAYORÍA, PERO NO TODAS, LAS CUENTAS DE CLIENTE DEPENDIENDO DEL TIPO DE SEGURO
 - Si la llamada AUTOMATIZADA es contesta, por favor de elegir una opción:
 - “1” PARA CONFIRMAR SU ORDEN ESTÁNDAR ES NECESARIO
 - “2” RECHAZAR TODOS LOS SUMINISTROS PARA EL MES
 - “3” PARA CONECTARSE A NUESTRO PERSONAL DE SERVICIO AL CLIENTE
 - SI ESTA LLAMADA NO ES CONTESTADA, Y TIENES UNA MÁQUINA CONTESTADOR CORREO DE VOZ:
Se dejará un mensaje indicándole a llamar nosotros a: 781-829-9813 para confirmar verbalmente la recarga

1) SITIO DE WEB: USTED PODRÁ CONFIRMAR EN NUESTRA PÁGINA WEB HASTA 7 DÍAS ANTES DE LA ENTREGA DE DESTINO LA FECHA (POR FAVOR CONSULTE NUESTRO CALENDARIO DE ENTREGA PARA DETERMINAR LA FECHA)

www.charmmedical.com

Por favor proporcione la siguiente información al confirmar:

- NOMBRE DE PACIENTE Y APELLIDO, DIRECCION Y TELEFONO
- CORREO ELECTRONICO, SI ES POSIBLE
- SUMINISTROS PARA RELLENAR
- SOLICITUDES ADICIONALES O INFORMACIÓN

(Órdenes que no se confirman dentro de 7 días antes no será entregado a través de nuestra flota de entrega)

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Como paciente usted tiene el derecho a:

1. Elija el proveedor de inicio suministros médicos y equipo. También tienes el derecho de rechazar prestar el servicio dentro de los límites de la ley y dará información referente a consecuencia de la negativa de servicios.
2. Recibir una respuesta oportuna de Charm Medical Supply con respecto a su solicitud de inicio suministros médicos y equipo.
3. Dar servicio adecuado sin discriminación por diagnóstico, raza, credo, color, religión, sexo, nacionalidad, preferencia sexual, discapacidad, discapacidad o edad
4. Tratar con cortesía y respeto por todo el personal Charm Medical Supply que proporcionarle servicio, además de ser libre de maltrato físico y mental, el abandono y las prácticas de explotación.
5. Dar correcta identificación por nombre y cargo de todo el personal Charm Medical Supply que dan servicio a usted.
6. Dar toda la información necesaria, de manera que entiendan, para que usted será capaz de dar su consentimiento informado por sus servicios.
7. Recibir completa privacidad y confidencialidad con respecto a su condición, diagnóstico, registros, archivos y otra información personal de salud o datos pertinentes con lo prescrito por las regulaciones federales de la HIPAA.
8. Acceso y revisar sus registros de lo prescrito por las regulaciones federales de la HIPAA.
9. Participar en la planificación y el pedido además de ser notificado de cualquier cambio en su equipo médico y suministro de servicios.
10. Registrar cualquier queja sobre los servicios con nosotros o federal apropiado y agencias del estado sin miedo a la discriminación o irrazonable interrupción de los servicios. Pacientes pueden llame a nuestra oficina con cualquier reclamos, quejas o recomendaciones para el cambio. Pacientes también pueden llamar a Misa de salud al 1-800-841-2900 o Medicare al 1-800-633-4227. (Consulte que la política de quejas/agravios del paciente incluido en el paquete de información para más información sobre nuestra política de reclamación y procedimiento).
11. Alquilar o comprar artículos baratos rutinariamente comprados de Medicare.
12. los pacientes tienen también el derecho a denegar cualquier servicio.

Como paciente usted tiene la responsabilidad de:

1. Puntualmente completa, fecha, signo y retomar cada boleta de entrega por envío recibido encanto Medical Supply.
2. Confirme materiales necesarios cada mes, como lo exige su paga seguro.
3. Informar a encanto suministro médico de cualquier cambio en su seguro de salud o de otra cobertura de tercero pagador..
4. Informar al encanto de la fuente médica de cualquier cambio en su dirección o número de teléfono..
5. Informar a encanto Medical Supply si estás bajo el plan de cuidado de otro proveedor de Inicio equipo médico..
6. Proporcionar información exacta y completa e informe cualquier cambio inesperado en su condición a su médico, esto puede requerir un cambio en su casa equipos y suministros médicos.
7. Cumplir con compromisos financieros cumpliendo puntualmente cualquier obligación financiera acordaron con encanto Medical Supply. Paciente es financieramente responsable por las facturas no cubiertas por inelegibilidad en fecha de servicio. El paciente tiene la opción de devolver el producto sin usar/sin abrir. (Por favor consulte los documentos de facturación y reembolso prácticas y responsabilidad del paciente incluidos en el paquete de información para obtener más información)
8. Siga las instrucciones sobre el cuidado, uso y mantenimiento de equipos de alquiler de equipo y devolución en buenas condiciones.
9. Mostrar respeto y consideración de fuente médica de encanto personal y la propiedad.
10. Retroalimentar a encanto Medical Supply en relación con las necesidades del servicio y las expectativas.
11. Leer, llenar y firmar el aviso de privacidad se incluye con este paquete de información..
12. Solicitar información sobre cualquier cosa que no entienda.



CONTRATO DE PACIENTE

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Entiendo que al reconocer que he sido provisto con este acuerdo, indico mi deseo de comprar productos del cuidado médico o servicio o Charm Medical Supply, una división de TMed Holdings, Inc.

INDICACIÓN DE RESPONSABILIDAD MÉDICA

Entiendo que estoy firmando bajo la supervisión y el control de mi médico tratante. Entiendo que no incluyen servicios de Charm Medical Supply diagnósticos prescriptivos y otras funciones normalmente realizadas por los médicos con licencia, y que mi médico es el único responsable para el diagnóstico y prescripción de medicamentos, suministros, equipos y servicios para mi condición y de lo contrario supervisando y controlando mi atención médica.

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD

Estoy de acuerdo en notificar a Charm Medical Supply de cualquier cambio en mi seguro de salud, para incluir cualquier adición o cancelación de un plan de seguro de salud / cobertura y si otro tercero pagador es el responsable de la cobertura de mis servicios.

TÉRMINOS DE AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN DE CRÉDITO Y CRÉDITO

Charm Medical Supply está autorizada para verificar cualquier información que han revelado y realizar una investigación de crédito con el fin de ampliar el crédito, en su caso, para la compra o alquiler de equipos médicos. Además, el encanto Medical Supply puede responder preguntas de otros acreedores sobre mi experiencia de crédito y cuenta con Charm Medical Supply.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo a Charm Medical Supply para solicitar en mi nombre y para recoger directamente, toda cobertura de seguros pública y privada beneficios debido a productos y servicios proporcionados por el encanto de la fuente médica. En el caso de los pagos para beneficios del seguro se hacen directamente a mí, el beneficiario, comparto todos los cheques para el pago al Charm Medical Supply. Acepto toda responsabilidad por pagos en exceso por declaración.

ASIGNACIÓN DE MEDICARE EXTENDIDO

Certifico que la información dada por mi pago bajo Medicare (Título XVIII de la ley de Seguridad Social) o de otro seguro médico es correcto

1. El paciente, si física y mentalmente competente, debe firmar en su nombre. Si él o ella no puede firmar por sí mismo, un representante de beneficiario como designado por la administración de la Seguridad Social, un pariente, un amigo, un tutor legalmente designado, un representante de una institución que él o su atención o apoyo, o de una agencia gubernamental de asistencia, puede inscribirse. Debe indicarse la fuente de la autoridad del firmante (por ejemplo, "Seguridad Social designado representante Payee", o "Tribunal designado tutor," etc.).
2. El acuse de recibo de este formulario se utiliza en lugar de firma del paciente en la "Solicitud de pago" HCFA-1500 (I-84) y por lo tanto es una extensión de esa forma. Quien falsifique o falsifica información esencial para hacer reclamaciones de Medicare puede, convicta, someterse a multa y a prisión bajo la Ley Federal. Además, al firmar, el beneficiario autoriza a cualquier soporte de información médica o sobre sí mismo para liberar a la administración de la Seguridad Social o sus intermediarios o transportista cualquier información necesaria para procesar reclamaciones de Medicare relacionadas. Ella permite además una copia de la autorización para ser utilizado en lugar del original.
3. El reclamaciones asignadas, el proveedor se compromete a aceptar los contratistas de Medicare permitidos como la carga completa para los servicios cubiertos; el paciente es responsable por el deducible, coaseguro y servicios no cubiertos. Esta autorización puede ser cancelada por mutuo acuerdo entre el proveedor y el cliente en cualquier momento mediante notificación por escrito al centro de Medicare

Solicitar pago con arreglo a la parte de seguro médico de MEDICARE hacerse directamente al Charm Medical Supply para servicio amueblado me durante el periodo de vigencia de esta autorización.

*** El reconocimiento de parte de la recepción de este paquete de información certifica que ha leído lo anterior y recibido una copia. El destinatario también certifica que es el paciente, o está debidamente autorizado por el paciente como agente general del paciente, para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.*

Presidente: Peter Tallas

Gerente General: Kate Shiavone

Telefono: 877-94-CHARM



Aviso de Privacidad de Reconocimiento de las Practicas

Nombre de Paciente: _____

La Direccion: _____

Yo, el infrascrito, reconozco que he recibido, leído y entendido “Aviso Privacidad de las Practicas de Charm Medical Supply” (Fecha de version: 9/18/2013).

*****Nota: Solamente el Cliente (“Paciente”) arriba mencionado o en su caso, ese individuo Representate Tribubal** que actualmente se asigna autoridad legal para tomar decisiones de cuidado de la salud todas puede firmar este formulario. Si el cliente ha sido asignado un Personal corte de representante nombrado tutor para tomar decisiones de atención médica en nombre de la persona, la notificación se debe dar a y reconocimiento obtenido del Personal representante/Tribunal designado tutor.

Firma de Paciente: **X** _____ Fecha: **X** _____

Si el cliente "(paciente) mencionado anteriormente es ya sea un menor o ha tenido un tutor asignado por la corte y por lo tanto no es legalmente capaz de firmar en nombre propio, por favor:

Nombre en imprenta: **X** _____ En papel **X** _____
(Los padres de menor, Tribunal designado tutor, etc.)

***** **Por debajo de la sección es para uso personal de Charm Medical Supply*******

Si el cliente o, en su caso, Personal representante/Tribunal designado Tutor Legal no firmó por encima después de varios intentos obtener este reconocimiento, encanto personal de suministro médico debe documentar Cuándo y cómo se proporciona el aviso a la persona o Personal Tribunal de representante designado Tutor Legal, por qué no se podría obtener el reconocimiento, y los esfuerzos que se hicieron para obtenerlo.

Copia de la notificacion de practicas de privacidad se proporciono a cada cliente , o en su caso a Personal Representante/Tribunal designado tutor, _____, por:
 Reunion cara a cara Por Correo Postal Por Correo Electronico Otro: _____ Fecha: _____

Documentación del representante de cliente/Personal razón/Tribunal nombrado Tutor Legal firma no obtenida

- Cliente Personal Tribunal de representante designado tutor optó por no firmar
- Cliente Personal Tribunal de representante designado tutor no respondió después de un mínimo de dos intentos por parte de personal de Charm Medical Supply para obtener este reconocimiento
- Otro: _____

Documentación de los esfuerzos para obtener firmado acuse de aviso de privacidad

Se hicieron los siguientes esfuerzos de buena fe para obtener el Individual cliente Personal representante/Tribunal nombrado Tutor Legal firma. Por favor, documento con detalle (por ejemplo, fecha (s), (s), individuos hablados y resultado de los intentos de) los esfuerzos que se hicieron para obtener la firma. Más de uno debe haber ha intentado:

- Presentacion cara a cara (s) _____
- Contacto por Telefono(s) _____
- Correo Certificado _____
- Otro _____

Firma de Personal: _____ El Titulo: _____

Nombre enn imprenta: _____ Fecha: _____

VOLVER ESTA COPIA – FIRMADO Y FECHADO A CHARM MEDICAL SUPPLY