PRISM
HOME MEDICAL SUPPLY SPECIALISTS
A HENRY SCHEIN® COMPANY

PO Box 476 Elkin, NC 28621
P:(888)2446421 F:(800)9756321
Prism-medical.com

Autorización del Paciente para Servicios

SERVICIOS DE MEDICARE PARTE A

Entiendo que estos suministros no están cubiertos si yo estoy recibiendo algún tipo de beneficio de Medicare Parte A, que incluye, pero no se limita a; Servicios de Salud Domiciliario, estancia hospitalaria, o enfermería especializada que proviene una facultad de enfermería especializada. Si yo decido aceptar estos artículos mientras que estoy teniendo uno de estos episodios, según la definición de CMS, puedo ser financieramente responsable por el costo de estos artículos.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Con mi firma a continuación reconozco que he recibido y entiendo la declaración de derechos y responsabilidades. Los derechos y responsabilidades del paciente también se pueden encontrar en www.prism-medical.com.

AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS

Yo, autorizo a Prism para proporcionar suministros y/o servicios, según lo ordenado por mi médico. Yo entiendo que tengo el derecho a tomar decisiones relacionadas con mi cuidado médico, incluido el derecho de aceptar o rechazar un tratamiento médico o de cirugía o suministros médicos.

INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE Y NORMAS DEL PROVEEDOR

Mi firma a continuación reconoce que he recibido una copia del Aviso de Practicas Privadas y las Normas del Proveedor. El Aviso de Practicas Privadas también se puede encontrar en www.prism-medical.com. Los productos o/y servicios suministrados a usted por su proveedor “Prism” son susceptible a las normas del proveedor contenidas en las regulaciones Federales encontradas en Código 42 de las Regulaciones Federales sección 424.5(c). Estas normas se refieren a negocios profesional y cuestiones de operación (por ejemplo, respetando garantías y horas de operación). El texto completo y estas normas pueden ser obtenidos de la página de U.S Government Printing Office. Bajo solicitud podemos proporcionarle una copia escrita de las normas del proveedor. https://www.palmettogba.com/palmetto/NSC.nsf/DIDC/8WWJPE7260~Supplier%20Enrollment~Standards%20and%20Compliance

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo autorizo el pago directamente a Prism de cualquier beneficio que corresponda pagar para examinar o tratamiento al cliente. Estoy de acuerdo en pagar los cargos que no estén cubiertos por los beneficios del plan de seguro médico, con exclusión de los beneficiarios de los servicios de Medicare y Medicaid y cuando el pago sea prohibido por la ley. El Seguro Médico Primario paga el 80%. El cliente es responsable del 20% de los cargos aprobados y cualquier deducible anual que no se haya cubierto. **Entiendo que Medicare o mi seguro primario, sólo cubrirán los productos que se consideran "médicamente necesarios", y los pagos hechos por Medicare son en base a sus regulaciones, límites de utilización y las tablas de tarifas.**

PLAN DE MANEJO DE EMERGENCIAS

Mi firma a continuación reconoce que yo he establecido y entendido el plan de emergencia. He recibido el folleto de Prism; se me ha informado de la naturaleza y el procedimiento para solicitar suministros adicionales que pueda necesitar; y que he participado en la planificación de mi cuidado. No hay visitas domiciliarias apropiadas para la atención recibida. El Plan Prism de Manejo de Emergencias se encuentra en www.prism-medical.com. Usted también puede llamar para solicitar que se le envié la póliza a través de correo.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Certifico que la información suministrada por mí en la solicitud de pago bajo el Título XVIII de la Ley Social, o bajo la póliza de seguro es la correcta. Yo autorizo a la empresa de cuidado domiciliario o cualquier otro que tenga información médica o de otro tipo sobre el cliente nombrado anteriormente, para liberar o recibir dicha información a cualquier agencia del gobierno o compañía de seguros a los que se ha solicitado el pago por los servicios prestados al cliente anteriormente mencionado; a cualquier médico, hospitales, a otros proveedores de atención médica o instalaciones, a instituciones, o agencias que ofrecen tratamiento para el cliente o han proporcionado continuidad del cuidado; y a los revisores de calidad.

GARANTÍA DEL PRODUCTO

Los suministros distribuidos por Prism Medical Products, L.L.C. están garantizados contra defectos. Los beneficiarios que reporten un producto defectuoso pueden devolverlo dentro de los 14 días para su reemplazo o reembolso, sin costo alguno. Las devoluciones pueden realizarse hasta 30 días después; sin embargo, el paciente es responsable de coordinar la devolución una vez transcurridos los 14 días iniciales. Se aceptan prendas de compresión, tanto abiertas como sin abrir. Los suministros estériles sin usar deben devolverse en su empaque sellado para obtener un crédito en la cuenta. Cuando corresponda, se proporcionará información adicional sobre la garantía a los beneficiarios. He recibido instrucciones y comprendo la cobertura de la garantía de los productos que he recibido.

Nombre del Beneficiario (Paciente) _____ Fecha de Nacimiento _____ Numero identificador de paciente _____

Firma del Beneficiario (Paciente) o Proveedor de cuidados _____

THIS MESSAGE IS INTENDED FOR THE USE OF THE PERSON OR ENTITY WHICH IT IS ADDRESSED AND MAY CONTAIN INFORMATION THAT ISPRIVILIGED AND CONFIDENTIAL, THIS DISCLOSURE OF WHICH IS GOVERNED BY APPLICABLE LAW. IF THE READER OF THIS MESSAGE IS NOTTHE INTENDED RECIPIENT OR THE EMPLOYEE OR AGENT RESPONSIBLE TO DELIVER IT TO THE INTENDED RECIPIENT, YOU ARE HEREBYNOTIFIED THAT ANY DISSEMINATION, DISTRIBUTION OR COPYING OF THIS INFORMATION IS **STRICTLY PROHIBITED**. IF YOU HAVE RECEIVEDTHIS MESSAGE IN ERROR, PLEASE NOTIFY US IMMEDIATELY AND DESTROY THE RELATED MESSAGE. **CONFIDENTIALITY NOTICE** HEALTH CARE INFORMATION IS PERSONAL AND SENSITIVE INFORMATION RELATED TO A PERSON'S HEALTH. IT IS BEING SENT TO YOU AFTER APPROPRIATEAUTHORIZATION FROM THE PATIENT OR UNDER CIRCUMSTANCES THAT DOESN'T REQUIRE PATIENT AUTHORIZATION. YOU, THE RECIPIENT, ARE OBLIGATED TO MAINTAIN IT IN A SAFE,SECURE, CONFIDENTIAL, MANNER. RE-DISCLOSURE WITHOUT ADDITIONAL PATIENT CONSENT OR AS PERMITTED BY LAW IS PROHIBITED. UNAUTHORIZED RE-DISCLOSURE OR FAILURETO MAINTAIN CONFIDENTIALITY COULD SUBJECT YOU TO PENALTIES UNDER FEDERAL AND STATE LAW