

Liberty Health Supply, Inc. ACUERDO DE SERVICIO AL CLIENTE / PACIENTE

Nombre del cliente / paciente: _____ Establecimiento _____

Autorización / consentimiento para atención / servicios: Autorizo a Liberty Health Supply, Inc. a proporcionar HME / DME según lo recetó mi médico para alimentación enteral, ostomía, traqueostomía, cuidado de heridas y suministros urológicos. Certifico además que la información proporcionada por mí al solicitar el pago en virtud del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta.

Asignación de beneficios / Autorización para el pago: autorizo por este medio que los beneficios / pagos se realicen directamente a Liberty Health Supply, Inc. por cualquier suministro que se me proporcione mientras resida en el establecimiento mencionado anteriormente. Autorizo a Liberty Health Supply, Inc. a buscar dichos beneficios / pagos en mi nombre. Se entiende que, como cortesía, Liberty Health Supply, Inc. facturará a Medicare / Medicaid y a cualquier asegurador que brinde cobertura. Entiendo que soy responsable de proporcionar toda la información necesaria y de asegurarme de que se cumplan todos los requisitos de certificación e inscripción. Cualquier cambio debe ser informado a Liberty Health Supply, Inc. dentro de los 30 días posteriores al evento. Entiendo que en el caso de que los servicios recetados / ordenados por mi médico se consideren no razonables y necesarios, se puede denegar el pago y que puedo ser completamente responsable del pago.

Divulgación de información: Por la presente solicito y autorizo al médico que realiza el pedido, al hospital, al centro de enfermería y a cualquier otro titular de información relevante para mi cuidado o pago para tal fin, a divulgar información a Liberty Health Supply, Inc. y cualquier fuente de pago, médico o otro personal médico o agencia involucrada con mi cuidado. También autorizo a Liberty Health Supply, Inc. a revisar el historial médico y la información del pagador con el fin de proporcionar HME / DME.

Responsabilidad financiera: Entiendo y acepto que soy responsable del pago de todas las sumas que puedan vencer por los servicios prestados. Estas sumas incluyen, pero no se limitan a, todos los deducibles, copagos, requisitos de desembolso personal y servicios no cubiertos. Todos los cargos no pagados dentro de los 45 días de la fecha de facturación se cobrarán los recargos por hasta el 1.5% por mes. Soy responsable de todos los cargos, independientemente de mi pagador, a menos que mi acuerdo con mi plan de salud me mantenga indemne.

Bienes devueltos: entiendo que, debido a los Reglamentos de Farmacia Federales y Estatales, los artículos auxiliares prescritos / suministrados no se pueden volver a dispensar; por lo tanto, no puede devolverse para obtener crédito. El equipo que se alquila será devuelto después de que el médico haya discontinuado el servicio. Se debe notificar a Liberty Health Supply, Inc. dentro de las 24 horas de la instalación si algún equipo está defectuoso. En el caso de un equipo defectuoso, se realizará un cambio por el artículo defectuoso.

Folletos del cliente / paciente: Reconozco que he recibido una copia de los folletos del cliente / paciente que contiene los derechos y responsabilidades del cliente / paciente, los estándares del proveedor, los estándares de privacidad del hogar y HIPPA. Reconozco que la información en los folletos del cliente / paciente se me ha proporcionado y que entiendo la información.

Informes de quejas: reconozco que he sido informado sobre el procedimiento para informar una queja si no estoy satisfecho con los servicios brindados. Entiendo que puedo presentar una queja llamando al 585-235-1370 y hablando con el Supervisor de Servicios al Cliente. Si mi reclamo no se resuelve dentro de los 5 días hábiles, puedo iniciar una queja formal por escrito y reenviarla al Director de Finanzas y Reembolso. Se emitirá una respuesta por escrito dentro de los 7 días hábiles posteriores a la recepción. Si no está satisfecho, puede comunicarse con la División de Protección al Consumidor del Estado de Nueva York al 800-697-1220 o ACHC.

Plan de servicio: al paciente se le proporcionarán los productos para cumplir con la prescripción del médico. El paciente usará el producto (s) según lo prescrito por el médico. El paciente sabrá cómo obtener servicios de seguimiento según sea necesario.

Línea Directa de Salud en el Hogar: También puede realizar consultas o quejas sobre esta compañía llamando a Medicare al 800-633-4227 y / o ACHC (Comisión de Acreditación para el Cuidado de la Salud, Inc.) al 919-785-1214.

Preferencia de alquiler de bombas: en caso de que necesite una bomba para alimentación enteral, elijo hacer lo siguiente después del período inicial de alquiler de 10 meses:

____ Alquiler la bomba ____ Compra de la bomba ____ No aplicable debido a deseos médicos

Cliente / Firma del paciente : _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

COMPLETAR ESTA SECCIÓN SI ES FIRMADO POR ALGUIEN QUE NO SEA EL PACIENTE / CLIENTE:

Nombre de la persona que firma _____ Relación con el paciente / paciente: _____

Firma _____ Fecha: _____

RAZÓN CLIENTE / PACIENTE NO PODRÍA / NO FIRMÓ: _____