Acuerdo y reconocimiento del paciente (“Acuerdo”)

1. Consentimiento para recibir servicios y reconocimientos: entiendo que tengo derecho a elegir la farmacia que utilizo para recibir mis medicamentos con receta y servicios profesionales. Acepto la prestación de productos o servicios, que pueden incluir servicios de farmacia y enfermería, por parte de LUX Infusion, LLC, incluida cualquier subsidiaria, división o unidad comercial afiliada bajo control o propiedad común. Para obtener una lista completa de todas las subsidiarias, las divisiones o las unidades de negocios afiliadas, visite: https://www.luxinfusion.com/patients/new-patient-welcome-packet.

Usted autoriza a Pharmacy a trabajar con sus otros proveedores de atención médica mientras le presta servicios.

Reconozco que:

- He recibido una copia de los folletos para el paciente que contienen los Derechos y responsabilidades del paciente, los Estándares para proveedores de equipos médicos duraderos, prótesis, ortopedia y suministros (Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies, DMEPOS) y la Información de emergencia. He recibido la monografía del producto e instrucciones para hacer un seguimiento con Pharmacy si es necesario. He tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que tuviera sobre estos documentos y los servicios que recibiré en general.
- Entiendo que la ley estatal prohíbe la reutilización o reventa de artículos con receta una vez que se dispensan. Por lo tanto, los productos no se pueden devolver para obtener crédito.
- Entiendo que puedo presentar una queja sin preocuparme por represalias, discriminación o interrupción no razonable del servicio.
- Entiendo que es mi responsabilidad utilizar los productos suministrados según lo prescrito por mi médico y ponerme en contacto con Pharmacy o con mi médico si tengo alguna pregunta.
- Entiendo que es mi responsabilidad informar a Pharmacy de cualquier cambio en mi información personal, como dirección, número de teléfono, etc.
- Entiendo que debo notificar a Pharmacy si hay algún cambio en mi seguro, como la finalización de la cobertura, el cambio de beneficios, el cambio de pagador o cualquier notificación que reciba con respecto a la falta de pago de reclamaciones.

2. Reconocimiento del Aviso de prácticas de privacidad: reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad que describe los posibles usos y divulgaciones de mi información médica privada o “PHI” y derechos de privacidad. Puedo revisar el NPP en cualquier momento al visitar: https://www.luxinfusion.com/about/new-patient-welcome-packet

3. Cesión de beneficios: por el presente cedo y transfiero a Pharmacy todos los derechos para recibir el pago de los beneficios del seguro. La cesión de beneficios incluye productos farmacéuticos, equipos médicos duraderos, atención médica domiciliaria, servicios de enfermería y otros beneficios que, de otro modo, se me pagarían por productos o servicios proporcionados por Pharmacy. Esta cesión abarca todos los beneficios de Medicare, otros programas patrocinados por el gobierno estatal y federal, seguros privados y cualquier otro plan de salud. Entiendo que este documento constituye una cesión legal vinculante y no es una mera autorización para cobrar beneficios en mi nombre. Autorizo e instruyo a mi aseguradora o pagador a proporcionar a un agente de Pharmacy toda la información relacionada con mis beneficios de seguro y el estado de las reclamaciones presentadas por Pharmacy. Entiendo que mi proveedor de seguros me puede enviar los pagos directamente a mí; sin embargo, acepto que cuando reciba dichos pagos los enviaré de inmediato a Pharmacy para el pago de mi factura.

4. Responsabilidad financiera. entiendo que mi cobertura de seguro puede cubrir solo una parte del total de la factura o que puede no existir cobertura. Además, entiendo que soy responsable de todos los cargos no cubiertos o rechazados, independientemente de que los servicios se prestaran antes o después de la fecha de firma de este Acuerdo. Acepto que si se rechaza una reclamación, asumiré toda la responsabilidad de los cargos presentados. Si no asumo la responsabilidad de dichos cargos o no envío el pago según lo acordado, cualquier monto adeudado a Pharmacy puede entregarse a una agencia de cobranza. Entiendo y acepto que también puedo estar sujeto a un cargo financiero del 18 % anual o el monto máximo permitido por la ley aplicable, lo que sea menor; honorarios legales; y cualquier otro cargo incurrido al intentar cobrar dicho pago. Autorizo, designo y asigno a Pharmacy como mi representante personal (o el del Paciente) para presentar todas las reclamaciones que surjan en virtud de la ley estatal y federal (incluidas las reclamaciones que surjan en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación del Empleado (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) de 1974 y, además, cedo todos los derechos y privilegios otorgados en virtud de mi plan de beneficios de salud (o el del Paciente) independientemente de la fuente del pagador. Entiendo que esta cesión de derechos, beneficios y reclamaciones no me exime (o al Paciente) de mis obligaciones de pagar a Pharmacy por cualquier cargo no cubierto por esta cesión o no pagado por el seguro o los beneficios de atención médica. Entiendo y reconozco que, tanto si firmo como representante como si soy el Paciente, soy responsable y garantizo el pago de cualquier cargo incurrido por medicamentos, suministros o servicios proporcionados por Pharmacy. Autorizo a Pharmacy y a sus cesionarios a solicitar un informe de crédito del consumidor a una o más agencias de informes de crédito del consumidor y verificar otra información de crédito. Pharmacy y sus cesionarios pueden utilizar el informe de crédito para cualquier fin que esté autorizado por la ley aplicable en relación con cualquier cargo en el que yo incurra, incluidos, entre otros, (i) para autenticar mi identidad; y (ii) para tomar decisiones de crédito. Entiendo que si mi saldo se atrasa seriamente, es posible que Pharmacy deba tomar medidas para ayudar a gestionar mi cuenta. Esto incluye el uso de una agencia de cobranza y, posiblemente, la finalización de los servicios. Pharmacy es sensible a mis necesidades y al costo creciente de los medicamentos con receta. Pharmacy me recomienda que me comunique con uno de sus especialistas en cobranzas si tengo problemas con el pago, al 877-337-3002, opción 5.

También reconozco lo siguiente:

- Acepto participar y ayudar a Pharmacy y a sus representantes designados con cualquier proceso de apelación administrativa o litigio necesario para ejercer los derechos otorgados en el presente documento, incluido, entre otros, la cobranza del pago por el tratamiento y los servicios prestados por cualquier tercero pagador.
- Nombro a Pharmacy con un poder notarial limitado para que actúe como mi representante y en mi nombre en cualquier procedimiento que pueda ser necesario para hacer valer mis derechos, incluidos, entre otros, la solicitud de pago de, o contra cualquier tercero pagador que surja en virtud de la ley estatal o federal (incluida una reclamación de la Ley ERISA) en relación con todo tratamiento médico que yo (o el Paciente) haya recibido o reciba de Pharmacy.
- En caso de que haya un pago excesivo en mi cuenta, se enviará por correo un cheque de reembolso al pagador que envió el pago excesivo.
- Pharmacy tendrá derecho al monto total de sus cargos sin compensación ni reducción.

- Entiendo y acepto que esta autorización tendrá efecto continuo a partir de mi tratamiento médico inicial (o el del Paciente) durante el tiempo que reciba tratamiento o atención por parte de Pharmacy y constituirá una autorización continua, en poder de la farmacia, que autorizará y permitirá el pago directo a Pharmacy de todos los beneficios de seguro aplicables y elegibles para todos los tratamientos, servicios, o suministros o atención posteriores y continuos que me proporcione Pharmacy y otorgará todos los derechos adicionales que se proporcionan en el presente documento.
- Se enviará una copia de esta autorización a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, a mi aseguradora u otra entidad médica, si se solicita. Pharmacy conservará en archivo la autorización original.

5. Forma de pago: el pago de deducibles, copagos y coseguro vence en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se realicen otros arreglos por adelantado. Pharmacy acepta efectivo, cheques, Visa, MasterCard, American Express, tarjetas de débito y giros bancarios directos. Se aplicará un cargo por servicio por todos los cheques devueltos de $25.00. Si el monto del cheque más el cargo por servicio no se paga dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la notificación, su cuenta estará sujeta a cargos por cobranza adicionales, sujetos a tasas de interés o penalidades estatales permitidas.

6. Envíos perdidos o dañados: la notificación de todas las reclamaciones de un envío perdido o dañado debe efectuarse a Pharmacy en el plazo de un día hábil desde la fecha de envío o recepción de la entrega. La caja de envío original y el contenido de un envío dañado deben conservarse para su inspección.

7. Indemnización: el Paciente acepta indemnizar a Pharmacy por cualquier costo, cargo financiero, costo de cobranza, honorario legal, tarifa de presentación, costo judicial, incluidos los honorarios de abogados y las tarifas de informes de crédito en los que incurra Pharmacy en virtud de la cobranza del Paciente debido al incumplimiento de sus obligaciones descritas en este Acuerdo.

8. Elección de la ley, fuero y jurisdicción personal: en la medida en que lo permitan las leyes estatales o federales, este Acuerdo, su validez, cumplimiento y todas las demás disputas que surjan en virtud del presente se regirán y determinarán por las leyes del Estado de Florida, sin incluir sus disposiciones sobre conflictos de leyes. Doy mi consentimiento irrevocable a la jurisdicción de cualquier tribunal de jurisdicción competente en el condado de Broward, Florida, como el foro para la resolución de cualquier reclamación o acción que surja de o esté relacionada con este Acuerdo o los productos y servicios descritos en el presente, y por el presente renuncio a las objeciones al fuero en dicho tribunal, a la defensa de un foro inconveniente en dicho tribunal, y a la defensa de la falta de jurisdicción personal de dicho tribunal a menos que, a elección de Pharmacy, elija interponer recursos legales en el tribunal de jurisdicción y competencia del estado y condado en el que reside el Paciente o haya recibido servicios de Pharmacy. **El objetivo de Pharmacy es proporcionar atención farmacéutica de tal manera que se evite dicha disputa. Sabemos que la mayoría de los problemas comienzan con la comunicación. Por lo tanto, si tiene alguna pregunta sobre su atención, háganosla.**

9. Estándares para proveedores de DMEPOS para CMS Medicare: si corresponde, reconozco haber recibido los Estándares para proveedores de Medicare y se me dio la oportunidad de hacer preguntas y expresar inquietudes. Se me ha informado que puedo alquilar o comprar equipo médico duradero de bajo costo o de compra habitual, y que existe la opción de compra de equipo de alquiler limitado (donde Medicare pagará una tarifa de alquiler mensual por un período que no exceda los 13 meses, después de los cuales la propiedad del equipo se transfiere al beneficiario de Medicare. Después de transferir la propiedad del equipo a un beneficiario de Medicare, es mi responsabilidad gestionar cualquier servicio o reparación que el equipo requiera). Como beneficiario de Medicare (si corresponde) se me ha notificado la cobertura de la garantía. Pharmacy respetará todas las garantías en virtud de la ley estatal aplicable y reparará o reemplazará sin cargo alguno el equipo cubierto por Medicare que esté en garantía.

10. Material educativo: reconozco haber recibido los materiales educativos, que se han explicado, y todos los equipos, medicamentos y suministros proporcionados por Pharmacy. Si corresponde, se realizó una evaluación de seguridad en el hogar durante el proceso de admisión y se me proporcionaron los materiales de precauciones de seguridad aplicables.

11. Consulta de farmacia: entiendo que un farmacéutico puede ponerse en contacto conmigo para hablar sobre mi tratamiento farmacológico. Además, entiendo que un farmacéutico familiarizado con mis servicios de tratamiento está disponible las 24 horas del día si tengo alguna pregunta y se puede contactar llamando al número de teléfono que aparece en la hoja de contacto de farmacia adjunta.

Tengo preguntas sobre mi tratamiento farmacológico o solicito una consulta farmacéutica. ☐ Sí ☐ No

12. Información fuera del horario de atención/de emergencia: entiendo que debo llamar al 911 para todas las emergencias médicas. Me informaron cómo ponerme en contacto con Pharmacy fuera del horario de atención si tengo preguntas sobre mi receta.

13. Directivas anticipadas: una directiva anticipada es su forma de permitir que los proveedores de atención médica y su familia conozcan sus decisiones sobre la atención de la salud y el derecho a aceptar o rechazar servicios. Entiendo que la Ley Federal de Autodeterminación del Paciente de 1990 requiere que se me informe de mi derecho a tomar decisiones sobre atención médica por mí mismo. Entiendo que puedo expresar mis deseos en un documento llamado Directiva anticipada para que se conozcan mis deseos cuando no pueda hablar por mí mismo. Si tiene una Directiva anticipada, entréguesela a Pharmacy.

14. Consentimiento y privacidad conforme a la Ley de Protección del Consumidor Telefónico: al proporcionar mi número de teléfono y mi firma a continuación, autorizo a Pharmacy y a sus agentes, representantes, afiliados u otras personas que llamen en nombre de Pharmacy a entregar o hacer que se entreguen al número que introduje anteriormente llamadas de ventas telefónicas, mensajes de voz y mensajes de texto. Esto incluye el uso de un sistema automatizado para la selección y marcación de números de teléfono, llamadas de voz automatizadas o la reproducción de un mensaje grabado cuando se completa la conexión a mi número, o la transmisión de correos de voz pregrabados. Estas llamadas y mensajes pueden referirse a mi medicamento con receta, incluidos recordatorios, facturación, cobranzas, envío, logística, satisfacción del paciente y otros mensajes relacionados con la farmacia, así como otra información relacionada con mi salud, que puede incluir llamadas o mensajes promocionales y de marketing. También doy mi consentimiento para que se reproduzcan mensajes automatizados o pregrabados cuando yo u otra persona conteste el teléfono. Las llamadas telefónicas se pueden supervisar o grabar con fines de calidad y otros. El consentimiento para dichas llamadas y mensajes de texto no es una condición para la recepción de servicios. Además, entiendo que se aplican tarifas estándar de mensajes y datos a dichas llamadas y mensajes. Acepto notificar de inmediato a Pharmacy cada vez que deje de utilizar un número de teléfono en particular. Responda STOP para excluirse de los mensajes de texto. No estoy obligado a firmar directa o indirectamente este acuerdo por escrito ni a aceptar celebrar dicho acuerdo como condición para comprar cualquier propiedad, bien o servicio.

15. Intercambio de información de salud. Pharmacy participa en CommonWell Health Alliance, un servicio que permite que una red de proveedores de atención médica lo identifique, envíe y reciba de forma segura su información médica, y ayude a garantizar que sus proveedores tengan acceso en tiempo real a su información. Autorizo a Pharmacy a compartir mi información, incluida mi información médica y personal, con CommonWell Health Alliance con el fin de permitir que mis proveedores de atención médica me brinden atención o tratamiento. Puede renunciar a esto en cualquier momento comunicándose con Pharmacy por escrito a privacy@luxinfusion.com.

16. Correo electrónico. Deseo recibir comunicaciones por correo electrónico de Pharmacy. Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, (1) doy mi consentimiento para que Pharmacy me envíe comunicaciones por correo electrónico que puedan contener información médica protegida, y (2) reconozco y acepto que las comunicaciones por correo electrónico no son seguras y existe el riesgo de que partes no autorizadas puedan interceptarlas o verlas.

Al firmar a continuación, certifico que soy el paciente, tutor o representante autorizado del paciente, que Pharmacy me ha proporcionado las divulgaciones anteriores y que acepto y doy mi consentimiento para recibir servicios de Pharmacy de acuerdo con los términos de este Acuerdo.

Firma del paciente (si es mayor de 18 años) o representante legal* | Fecha de la firma | Nombre del paciente o representante legal en letra de imprenta

Relación del representante con el paciente:_____ ¿El paciente es menor de edad? ☐ Sí ☐ No

AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA COMERCIALIZACIÓN

Entendemos que la información sobre usted y su salud es personal y nos comprometemos a proteger la privacidad de esa información. Debemos obtener su autorización especial antes de poder divulgar su información médica protegida para los fines que se describen a continuación.

Yo, el abajo firmante, autorizo a LUX Infusion, LLC, junto con sus subsidiarias y afiliadas, a usar y divulgar mi información médica, incluida la información médica protegida ("información médica") para los fines que se identifican a continuación, según lo requiere la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y otras leyes de privacidad estatales y federales.

INFORMACIÓN QUE SE USARÁ Y DIVULGARÁ, DESTINATARIO Y PROPÓSITO

Autorizo a Pharmacy a utilizar y divulgar mi información de recetas, información de contacto, información de identificación personal, resúmenes de gastos médicos, información de reclamaciones de recetas, información financiera sobre mis servicios e información dentro de un Conjunto de registros designados (registro médico completo en poder de Pharmacy) con el propósito de comercialización por el que Pharmacy puede recibir pagos directos o indirectos de un tercero.

VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN

Mi autorización para permitir el uso o la divulgación de mi información médica entrará en vigencia en la fecha de la firma a continuación y vencerá un año después de la fecha de mi última recepción de servicios de Pharmacy, a menos que la ley exija una rescisión anticipada.

- Entiendo que la firma de este formulario es voluntaria y tengo derecho a revocar esta autorización, excepto en la medida en que Pharmacy ya haya utilizado o divulgado mi información médica en base a esta autorización. Entiendo que puedo revocar mi autorización en cualquier momento mediante ***notificación por escrito*** de mi revocación a Pharmacy: Privacy Officer, 855 SW 78th Ave, #C200; Plantation, FL 33324.
- Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estará condicionado a que firme o no esta autorización.
- Entiendo que la información médica utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a la divulgación por parte del destinatario de mi información médica y puede que ya no esté protegida por las regulaciones de privacidad estatales o federales.
- Se me proporcionará una copia de esta autorización a solicitud. Puedo solicitar una copia de esta autorización al enviar la solicitud por escrito a la farmacia a la atención del director de Privacidad, 855 SW 78th Ave, #C200; Plantation, FL 33324.

Firma del paciente (si es mayor de 18 años) o representante legal* | Fecha | Nombre del paciente o representante legal en letra de imprenta

Autoridad legal: Seleccione una opción ☐ padre o madre ☐ tutor legal ☐ pariente más cercano/albacea de la persona fallecida ☐ POA para atención médica activado