

P&O Associates – Formulario De Registro Del Paciente

Apellido: _____ Primer Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/______ Sexo: M F Estado Civil: C S D Otro _____
Seguro Social # _____ - _____ - _____ Correo Electrónico: _____
Teléfono de Casa:() _____ - _____ Trabajo:() _____ - _____ Celular:() _____ - _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ - _____
Medico que Receto: _____ Teléfono:() _____ - _____ Fax:() _____ - _____
Medico Primario: _____ Teléfono: () _____ - _____ Fax: () _____ - _____
Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono:() _____ - _____
Como Supiste De P&O Associates?: _____

SEGURO PRIMARIO: _____ **ID #** _____

Teléfono del Seguro: () _____ - _____ Contacto: _____
Relación del Asegurado con el Paciente: Paciente Esposo/Esposa Dependiente Otro _____
Nombre del Asegurado: _____ Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____
Dirección (si diferente del paciente): _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/______ Teléfono de Casa: () _____ - _____
Empleador: _____ Teléfono: () _____ - _____

SEGURO SECUNDARIO: _____ **ID #** _____

Teléfono del Seguro: () _____ - _____ Contacto: _____
Relación del Asegurado con el Paciente: Paciente Esposo/Esposa Dependiente Otro _____
Nombre del Asegurado: _____ Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____
Dirección (si diferente del paciente): _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/______ Teléfono de Casa: () _____ - _____
Empleador: _____ Teléfono: () _____ - _____

CUBIERTO POR COMPENSACION POR ACCIDENTE De TRABAJO? Si No #Demanda _____

Asegurador de Accidente: _____ Teléfono: () _____ - _____
Dirección: _____
Encargado del Caso: _____ Teléfono: () _____ - _____ Fax: () _____ - _____
Abogado: _____ Teléfono: () _____ - _____ Fax: () _____ - _____

Yo, el que suscribe por la presente acuerdo y doy mi consentimiento para que Prosthetic & Orthotic Assoc., Inc. (POA) nos provea atención medica a mi dependiente o a mi. Asimismo, certifico que yo (o mi dependiente) poseo la cobertura del seguro como se indica anteriormente y cedo directamente a POA todos los beneficios del seguro por los servicios provistos, si los hubiere, a menos que sean pagaderos a mi favor. Entiendo que soy económicamente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague o no mi compañía de seguros. Autorizo a POA a divulgar toda la información que sea necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de la presente firma en todos los informes de la compañía de seguros.

Paciente/Guardián/Representante Firma

Empresa Nombre y Relación

Fecha

Formulario Historial Medico

Nombre: _____

Fecha: _____

Por favor marqué todas que aplican:

____ Su condición es a resulto de un accidente de trabajo

Fecha de Accidente: _____

____ Su condición es a resulto de un accidente de auto

Estado que ocurrió Accidente: _____

____ Su condición es a resulto de cualquier otro tipo de accidente

Tipo de Accidente: _____

Altura: _____ **Tamaño de Zapato:** _____ **Lado Afectado:** Izquierdo ____ Derecho ____ **Edad:** _____

Peso: _____ libras cambios recientes en peso? Si es así, cuanto/a: +/- _____ libras

Has tenido o tienes cualquier de los siguientes?

____ Problemas de Corazón

____ Hepatitis C

____ Enfermedad Alzhéimer

____ Hipertensiva

____ Sida Positiva

____ Problemas Psiquiátrico

____ Enfermedad vascular

____ Artritis Reumatoide

____ Alcoholismo

____ Acariciar (Stroke)

____ Obesidad

____ Pacificador

____ Diabetes, I o II

____ Osteoartritis

____ Trastorno Convulsion

____ Enfermedad renal

____ Enfermedad de los Pulmones

____ Perdida de la Audición

____ Osteoporosis

____ Problemas de Visión

____ Actualmente Embarazada

____ Hepatitis A o B

____ Enfermedad de Parkinson

____ Virus sin Tratamiento

____ Alergia al Látex

____ Fuma

____ Articulación Reemplazada

____ Escoliosis

____ Incontinencia

Estas en este momento cogiendo cualquier medicamentos?

Has usado un prótesis o brace  en el pasado? Si es así, cuando fue la ultima ves que recibiste un prótesis?

Liste cualquier otra condición que uste cree que va afectar su tratamiento, incluyendo ser urg as y fechas:

Ortopédico, Plástico o Otro Cirujano: _____

Nombre Grupo Práctica: _____

Teléfono #: _____ Fax: _____ Ultima Cita: _____

Trapista Ocupacional o Trapista Físico: _____

Nombre Grupo Práctica: _____

Teléfono #: _____ Fax: _____ Ultima Cita: _____



**Prosthetic & Orthotic Associates, Inc.
Handspring Clinical Services**



Handspring

Nombre del paciente: _____

Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

Yo, el abajo firmante, certifico que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Prosthetic & Orthotic Associates, Inc./Handspring Clinical Services. El Aviso describe los tipos de uso y divulgación de mi información médica protegida que podría ocurrir en mi tratamiento, pago de mi reclamo o en el desempeño de las operaciones de atención médica de POA/Handspring. El Aviso de prácticas de privacidad también describe mis derechos y los deberes de POA/Handspring con respecto a mi información de salud protegida. El Aviso de prácticas de privacidad se publica en cada oficina de perspectiva y nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en él. Puedo obtener un Aviso de prácticas de privacidad revisado solicitando que se envíe una copia por correo o solicitando una en el momento de mi cita.

Iniciales _____

OPCIONAL

Doy mi permiso para dejar un **mensaje detallado** a los siguientes números de teléfono:

Hogar: _____ Celular: _____ Otro: _____

Iniciales _____

Lanzamiento de familiares y amigos

Los nombres que se enumeran a continuación son miembros de la familia o amigos a quienes deseo otorgarles acceso a mi información personal de atención médica. Confiaré en el juicio profesional de mi proveedor y su designado para compartir dicha información, según lo consideren necesario. Entiendo que la información se limita a conversaciones verbales y que no se proporcionarán copias impresas de mi información PHI sin un consentimiento adicional para divulgar información confidencial. Este consentimiento se considerará válido hasta el momento en que lo revoque y me reserve el derecho de revocarlo en cualquier momento. Será mi responsabilidad mantener esta información actualizada.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Iniciales _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Iniciales _____

Estándares de proveedores de DMEPOS de Medicare (solo para beneficiarios)

Me han proporcionado una copia de los Estándares para proveedores de DMEPOS de Medicare.

Iniciales _____

Acuse de recibo de la política financiera del paciente

Certifico que, según mi leal saber y entender, la cobertura de seguro que figura en el formulario de registro es precisa y he recibido una copia de la política financiera de POA/Handspring. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier cantidad no cubierta por mi contrato de Seguro.

Iniciales _____

Autorización de facturación

Yo, el abajo firmante, autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar el reclamo. Solicito que el pago de los beneficios del seguro médico comercial y/o gubernamental se asigne a POA/Handspring. Autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de reclamos de seguros.

Firma del paciente/tutor legal/persona

autorizada Fecha

Nombre impreso del tutor/persona autorizada

Relación con el paciente/descripción de la autoridad

POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE DE POA/HANDSPRING

Estamos comprometidos a construir una relación exitosa médico-paciente con usted y su familia. Su una comprensión clara de nuestra Política Financiera del Paciente es importante para nuestra relación profesional. Por favor entender que el pago por los servicios es parte de esa relación. Por favor pregunta si tienes alguna pregunta sobre nuestras tarifas, nuestras políticas o sus responsabilidades. Es su responsabilidad notificar a nuestra oficina de cualquier cambios en la información del paciente (es decir, dirección, nombre, información del seguro, etc.).

Deducible y coseguro

Todos los montos de coseguro y los saldos vencidos vencen en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se han hecho arreglos previos con el personal administrativo. Aceptamos efectivo, cheque o tarjetas de crédito. Absolutamente no se aceptarán cheques posfechados.

Reclamos de seguro

El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. En la mayoría de los casos, NO somos parte de este contrato. Le enviaremos la factura a su compañía de seguros principal como cortesía para usted. Para facturar correctamente su compañía de seguros, requerimos que divulgue toda la información del seguro, incluidos los principales y seguro secundario, así como, cualquier cambio de información del seguro. No proporcionar complete la información del seguro puede resultar en la responsabilidad del paciente por la factura completa. Aunque podemos estimar lo que su compañía de seguros puede pagar, es la compañía de seguros la que toma la determinación final de su elegibilidad y beneficios. Si su compañía de seguros no tiene contrato con nosotros, usted acepta pagar cualquier parte de los cargos no cubiertos por el seguro, incluidos, entre otros, los cargos por encima del asignación habitual y habitual. Si estamos fuera de la red de su compañía de seguros y su Seguro le paga directamente, usted es responsable del pago y acepta reenviarnos el pago de inmediato.

Si su plan de seguro es uno con el cual no somos un proveedor participante, se le responsable del pago total. Sin embargo, como cortesía, presentaremos su reclamo de seguro inicial y si no se paga dentro de los 30 días, usted será responsable.

Cuentas de autopago

Las cuentas de autopago son pacientes sin cobertura de seguro, pacientes cubiertos por planes de seguro en los que la oficina no participa, o pacientes sin una tarjeta de seguro registrada con nosotros. Los casos de responsabilidad también se considerarán cuentas de autopago. No aceptamos cartas de abogados ni pagos de contingencia. Está siempre es responsabilidad del paciente saber si nuestra oficina está participando con su plan. Si hay un discrepancia con nuestra información, se considerará que el paciente paga por cuenta propia a menos que se demuestre lo contrario. Los arreglos de pago extendido están disponibles si es necesario. Pida al personal administrativo que discuta un plan de pago de mutuo acuerdo. Nunca es nuestra intención causar dificultades a nuestros pacientes, solo para brindarles la mejor atención posible y la menor cantidad de estrés.

POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE DE POA/HANDSPRING

Accidente de vehículo motorizado (MVA) y facturación de terceros

Dado que nuestra relación es contigo y no con el seguro de responsabilidad civil (auto, hogar, etc.), no presentaremos una reclamación en su nombre. Es su responsabilidad buscar el reembolso de a ellos. Sin embargo, si lo solicita, enviaremos un reclamo a su compañía de seguros de salud principal. Tú puede recibir un cuestionario de accidente de ellos para que usted lo complete. Si el cuestionario no es devuelto a su compañía de seguro médico y/o recibimos una denegación de su reclamo, se le responsable del pago total.

Compensación de trabajadores

Es responsabilidad del paciente proporcionar al personal de nuestro consultorio la autorización/ información de contacto del empleador. con respecto a un reclamo de compensación para trabajadores. Si el reclamo es denegado por el seguro de compensación para trabajadores portador, entonces pasa a ser responsabilidad del paciente. Si lo solicita, enviaremos la reclamación a su aseguradora médica principal con una copia de la denegación del seguro de compensación para trabajadores. Si tu se deniega la reclamación de la aseguradora médica principal, usted será responsable del pago total.

Cheques devueltos

El cargo por un cheque devuelto es de \$35 pagaderos en efectivo o giro postal. Esto se aplicará a su cuenta además de la cantidad de fondos insuficientes. Es posible que lo coloquen solo en efectivo después de cualquier cheque devuelto.

Menores

Los padres o tutores son responsables del pago completo y recibirán los estados de cuenta. A Es posible que se requiera una autorización firmada para recibir tratamiento para los menores no acompañados.

Política de saldo pendiente

Es nuestra política de oficina que todas las cuentas de los pacientes se envíen estados de cuenta mensuales. Si no se realiza el pago en el cuenta dentro de un plazo razonable, se intentará hacer arreglos de pago. Si no se puede hacer ninguna resolución, la cuenta se enviará a la agencia de cobro, o abogado, y possible alta de la práctica.

En caso de que se entregue una cuenta para cobros, la persona financieramente responsable de la cuenta será responsable de todos los costos de cobro, incluidos los honorarios de abogados y los costos judiciales.

Esta política financiera ayuda a la oficina a brindar atención de calidad a nuestros valiosos pacientes. Si tienes alguna pregunta o necesita una aclaración de cualquiera de las políticas anteriores, no dude en contactarnos en POA/Handspring, 4 Riverside Drive, Middletown, NY 10941, o (845) 956-0001.

Prosthetic & Orthotics Associates

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE UTILIZA Y DIVULGA LA INFORMACIÓN SOBRE DE SALUD Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A LA MISMA.

LE ROGAMOS LEERLO ATENTAMENTE. LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS

NUESTRA OBLIGACIÓN LEGAL

La legislación federal y estatal aplicable nos exige conservar la privacidad de los datos sobre su salud. Asimismo, estamos obligados a proporcionarle el presente Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos respecto de la información sobre su salud. Durante el período de validez de este documento, debemos cumplir con las prácticas de privacidad aquí descritas. Este Aviso entra en vigor el 14 de abril de 2003 y tendrá vigencia hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que dichas modificaciones estén contempladas por la legislación aplicable. Nos reservamos el derecho efectuar cambios en nuestras prácticas de privacidad y en los nuevos términos de nuestro Aviso vigente respecto de toda la información de salud que conservamos, incluyendo la información de salud que generamos o recibimos antes de efectuar las modificaciones. Antes de realizar una modificación significativa de nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos el presente Aviso, y el nuevo Aviso estará disponible a pedido.

Usted podrá solicitar una copia del Aviso en cualquier momento. Si desea obtener más información sobre las prácticas de privacidad o copias adicionales del presente Aviso, le rogamos que utilice los datos mencionados al final del presente para ponerse en contacto con nosotros.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Utilizamos y divulgamos su información de salud para efectuar tratamientos, pagos y operaciones relacionadas con el cuidado de su salud. Por ejemplo:

Tratamientos y alternativas de tratamientos: podemos usar o revelar información sobre su salud a un médico u otro proveedor de cuidados de salud que le brinde tratamiento y para proporcionarle a usted alternativas o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Pago: podemos utilizar y divulgar información sobre su salud para obtener los pagos de los servicios que le proporcionamos.

Operaciones de cuidados de salud: podemos utilizar y divulgar datos sobre su salud en relación con nuestras operaciones de cuidados de salud. Las operaciones de cuidados de salud incluyen las evaluaciones de calidad y las actividades de mejora, las revisiones de las competencias y las aptitudes de los profesionales de cuidados de salud, las evaluaciones de desempeño de los clínicos y los proveedores, la realización de programas de capacitación, las acreditaciones, las certificaciones, las actividades relacionadas con las licencias o las verificaciones, las planillas administrativas de inscripciones y la venta o fusión de la práctica.

Su autorización: además de utilizar los datos sobre su salud para efectuar tratamientos, pagos u operaciones de cuidados de salud, usted puede otorgarnos una autorización por escrito en la que nos permita utilizar la información sobre su salud o entregarla a cualquier persona para cualquier fin. Si nos otorga una autorización, podrá revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará el uso o la divulgación permitidos por su autorización mientras ésta tenga vigencia. Si no nos proporciona una autorización por escrito, no podemos utilizar o divulgar la información sobre su salud para ningún fin excepto aquellos mencionados en el presente Aviso.

A sus familiares y amigos: debemos entregarle los datos sobre su salud a usted, según se describe en la sección Derechos del paciente de este Aviso. Únicamente si usted lo acepta, podemos entregar información sobre su salud a un familiar, un amigo u otra persona, en la medida en que resulte necesario para ayudarlo a usted con sus cuidados de salud o con los pagos de los mismos.

Personas que participan en la atención: podemos utilizar o divulgar datos sobre su salud para notificar o ayudar a notificar (incluyendo la identificación o ubicación) a un familiar, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado o de su ubicación, sobre su condición general o su fallecimiento. Si usted está presente, le daremos la oportunidad de oponerse antes de que utilicemos o proporcionemos información sobre su salud. En caso de que estuviera incapacitado o en circunstancias de emergencia, divulgaremos la información sobre su salud en base a una decisión tomada utilizando nuestro juicio profesional. En dichas circunstancias, daremos a conocer únicamente la información que sea directamente relevante según el nivel de participación de la persona en cuestión en el cuidado de su salud. Asimismo, utilizaremos nuestro juicio profesional y experiencia en esta práctica para inferir razonablemente qué es lo más conveniente para usted, para permitir que una persona retire los medicamentos comprados bajo receta, los insumos médicos, las radiografías o cualquier otro material similar que contenga información sobre su salud.

Comercialización de los servicios relacionados con la salud: no utilizaremos información sobre su salud para campañas publicitarias sin su autorización por escrito.

Asociados: Podemos revelar la información de salud a nuestros socios de negocios que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporciona servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos utilizar otra compañía para realizar la facturación de servicios en nuestro nombre. Todos nuestros socios están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar cualquier información que como se especifica en el contrato.

Exigencias legales: podemos utilizar o divulgar la información sobre su salud si lo exige la ley. Esto incluye a autoridades de salud pública, personas que pueden haber estado expuestas a enfermedades contagiosas, agencias de supervisión sanitaria, individuos o compañías según lo dispuesto por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration), durante el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, organismos de seguridad, funcionarios forenses, encargados de funerales e inspectores médicos.

Maltrato o abandono: podemos entregar información sobre su salud a las autoridades pertinentes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de maltrato, abandono o violencia familiar o de otros delitos. Podemos divulgar datos sobre su salud en la medida necesaria para impedir una amenaza seria contra su salud o su seguridad o contra la salud o la seguridad de terceros.

Seguridad nacional: en determinadas circunstancias, podemos revelar a autoridades militares, información de salud del personal de las Fuerzas Armadas. Podemos entregar a los funcionarios federales autorizados, los datos de salud requeridos para la ejecución de tareas lícitas de inteligencia y contrainteligencia y de otras actividades de seguridad nacional. En determinadas circunstancias, podemos entregar información a un funcionario de una institución penitenciaria o de las fuerzas de seguridad que tenga la custodia legítima de la información protegida de salud de un detenido o de un paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas: podemos utilizar y divulgar información sobre su salud al enviarle los recordatorios de citas (como, por ejemplo, los mensajes de voz, las tarjetas postales o las cartas).

Investigación: podemos utilizar o divulgar datos sobre su salud a investigadores si sus investigaciones fueron aprobadas por una junta institucional de revisión que haya examinado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información.

Finalidad de Notificación violación de datos: Podemos utilizar o divulgar su infamación medica protegida para proporcionar legalmente requeridos avisos de no autorizado acceso o divulgación de su información medica.

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: usted tiene derecho a observar u obtener copias de los datos sobre su salud, con ciertas excepciones. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato distinto de las fotocopias. Emplearemos el formato que solicitó salvo que no nos resulte posible hacerlo. Debe presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a la información sobre su salud. Puede obtener un formulario para solicitar acceso si utiliza la información de contacto mencionada al final del presente Aviso. Le cobraremos un precio razonable para cubrir los costos, como los gastos de las copias y del tiempo de trabajo del personal. Además, puede solicitar acceso enviando una carta a la dirección mencionada al final del presente Aviso. Si solicita copias, le cobraremos \$1.00 por página, \$17.00 por hora de trabajo del personal destinado a buscar y a fotocopiar la información sobre su salud, además del costo de franqueo si necesita que se las enviemos por correo. Si solicita un formato alternativo, le cobraremos un precio en base a los costos por la entrega de la información sobre su salud en dicho formato. Si lo prefiere, le prepararemos un resumen o una explicación de la información sobre su salud a cambio del pago de un precio determinado. Si desea obtener una explicación detallada de nuestra estructura de precios, contáctenos por medio de la información mencionada al final del presente Aviso.

Justificación de la divulgación: usted tiene derecho a recibir una nómina de los casos en los que la información sobre su salud fue divulgada por nosotros o nuestros socios comerciales con fines distintos de la realización de tratamientos, pagos, operaciones de cuidados de salud y otras actividades determinadas, durante los últimos 6 años, pero no con anterioridad al 14 de abril de 2003. Si solicita dicha justificación más de una vez dentro de un período de 12 meses, es posible que le cobremos un precio razonable en base a los costos para responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: usted tiene derecho a solicitar la imposición de restricciones adicionales sobre el uso o la divulgación que hagamos de la información sobre su salud. No se nos exige aceptar dichas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, estaremos obligados por dicho acuerdo (excepto en una emergencia).

Comunicación alternativa: usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted respecto de la información sobre su salud por medios alternativos o a lugares alternativos. Debe presentar la solicitud por escrito. Ésta debe detallar los medios o el lugar alternativos que solicita.

Modificación: usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos la información sobre su salud. Debe presentar su solicitud por escrito explicando por qué se debe modificar la información. En determinadas circunstancias, podemos rechazar su solicitud.

Aviso electrónico: si recibe el presente Aviso a través de nuestra página de Internet o por medio de un correo electrónico, tiene derecho a recibirlo por escrito.

Derecho a recibir notificación de incumplimiento: Usted tiene el derecho de ser notificado en un incumplimiento de cualquiera de los quirografarios infamación de salud protegida.

PREGUNTAS Y RECLAMOS

Si usted desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o si tiene alguna pregunta o consulta. Si considera que hemos violado sus derechos de privacidad, puede efectuar un reclamo ante nuestra organización o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Para presentar un reclamo en nuestra organización, por favor contactar a Julie Palmer Tel: 845-956-0001, Fax: 845-344-6829, Email: julie@poaprosthetics.com, 4 Riverside Drive, Middletown, NY 10941. Todo los reclamos deben hacerse por escrito. Usted no se le penalizara por presentar una queja.

MEDICARE DMEPOS ESTANDARES PARA SUPLIDORES

Nota: Esta lista es una versión abreviada de los estándares todo proveedor de Medicare DMEPOS debe reunir para obtener y retener sus privilegios para facturación. La lista completa de éstos estándares, está en 42 C.F.R. pt. 424, sec 424.57(c).

1. El proveedor deberá cumplir con toda licencia aplicable del Gobierno Federal y Estatal y con todo requerimiento regulatorio, y no podrá contratar a un individuo o entidad para proveer esos servicios que requieran licencia.
2. El proveedor deberá proveer información completa y actualizada en la solicitud para proveedor de DMEPOS. Cualquier cambio de ésta información deberá ser reportada al Nacional Supplier Clearinghouse en 30 días.
3. Una persona autorizada (alguien cuya firma ate a la compañía) deberá firmar la solicitud para obtener privilegios de facturación.
4. El proveedor dispensará las recetas/órdenes de su propio inventario o deberá tener un contrato con otras compañías para la compra de los artículos necesarios para dispensar las recetas/órdenes. El proveedor no podrá tener contratos con ninguna entidad que esté excluida del programa de Medicare, cualquier programa de salud Estatal, o de los programas Federales de procuramiento y no procuramiento.
5. El proveedor deberá informar a los beneficiarios de que pueden alquilar o comprar equipo médico durable económico o rutinariamente comprado, y de la opción de compra de los equipos alquilados una vez que lleguen a su término de alquiler.
6. El proveedor deberá notificar a los beneficiarios de la cobertura de las garantías y honrar toda garantía aplicable bajo la ley Estatal y reparar o reemplazar sin costo alguno, todo artículo cubierto por Medicare.
7. El proveedor deberá mantener un local físico en un lugar apropiado. Este estándar requiere que el local sea accesible al público y esté atendido durante las horas de operación. El local deberá medir por lo menos 200 pies cúbicos y tener espacio para guardar los expedientes médicos.
8. El proveedor deberá permitirle a CMS, o a sus agentes, que conduzcan inspecciones, para asegurar que el proveedor esté en cumplimiento con éstos estándares. El local del proveedor deberá ser accesible a los beneficiarios durante horas de negocios razonables y deberá mantener un letrero visible incluyendo las horas de operación.
9. El proveedor debe mantener una línea de teléfono para el negocio la cual esté registrada bajo el nombre del negocio en el directorio local, o un número sin costo, disponible a través de la operadora. El uso exclusivo de un beeper, de una grabadora, de un servicio de contestador o de un teléfono celular durante las horas de operación, está prohibido.
10. El proveedor debe tener seguro comprensivo de riesgo y responsabilidad por una cantidad de por lo menos \$300,000 que cubra los autos, el negocio y los clientes y empleados del proveedor. Si el proveedor manufactura sus propios artículos, éste seguro debe también cubrir riesgo y responsabilidad del producto y la operación en su totalidad.
11. El proveedor debe estar de acuerdo en no iniciar contacto telefónico con beneficiarios, con algunas excepciones. Este estándar les prohíbe a los proveedores contactar a los beneficiarios de Medicare basados en alguna receta médica verbal a menos de que le aplique alguna excepción.
12. El proveedor es responsable de entregar y explicar a los beneficiarios cómo usar todo artículo cubierto por Medicare, y mantener prueba de entrega.
13. El proveedor debe contestar preguntas y responder a toda queja que los beneficiarios tengan, y mantener documentación de dichos contactos.
14. El proveedor debe dar mantenimiento y reemplazar sin costo alguno o reparar directamente, o a través de un contrato de servicio con otra compañía, artículos cubiertos por Medicare que el proveedor haya alquilado a los beneficiarios.
15. El proveedor debe aceptar devoluciones de artículos de baja calidad o inadecuados de los beneficiarios (artículos cuya calidad sea inferior a la establecida para dicho artículo, o artículos que son inapropiados para el beneficiario en el momento de haber sido medidos y alquilados o vendidos).
16. El proveedor debe revelar éstos estándares para proveedores a cada beneficiario a quien provee artículos cubiertos por Medicare.
17. El proveedor debe revelar al Gobierno toda persona dueña, que tenga participación financiera o participación en el control del negocio.
18. El proveedor no deberá transferir o reasignar su número de proveedor (ej: el proveedor no puede vender o permitir que otra entidad use su número de proveedor de Medicare).
19. El proveedor debe establecer un protocolo para resolver quejas de los beneficiarios relacionadas a éstos estándares. Un registro de éstas quejas deberá ser mantenido en el local del proveedor.
20. El registro de las quejas debe incluir: nombre, dirección, número de teléfono y el número de Medicare (HICN) del beneficiario, un resumen de la queja y cualquier acción tomada para resolverla.
21. El proveedor debe acceder a proporcionarle a CMS cualquier información requerida por el estatuto y regulaciones de implementación de Medicare.
22. Todo proveedor debe ser acreditado por una organización de acreditación aprobada por CMS para obtener y retener sus privilegios para facturación. La acreditación debe indicar los productos y servicios específicos para los cuales el proveedor está acreditado, para que el proveedor reciba pago por esos productos (excepto ciertos productos farmacéuticos exentos).
23. Todo proveedor debe notificar a su organización de acreditación cuando abra un nuevo local de DMEPOS.
24. Cada local del proveedor, propio o subcontratado, debe cumplir con los estándares de calidad de DMEPOS y ser acreditado por separado para facturar a Medicare.
25. Todo proveedor debe revelar durante el periodo de inscripción, todos sus productos y servicios, incluyendo la adición de nuevos productos para los cuales está solicitando acreditación.
26. Debe cumplir con los requisitos de fianza de garantía especificados en 42 C.F.R. 424.57 (c). Fecha de implementación Mayo 4, 2009
27. El proveedor debe obtener oxígeno de un proveedor que tenga licencia del Estado para suplir oxígeno.
28. El proveedor debe mantener documentación, órdenes y referidos, de acuerdo con las provisiones que se encuentran en 42 C.F.R. 424.516(f).
29. Los proveedores de DMEPOS tienen prohibido compartir su local con ciertos otros proveedores y proveedores de Medicare.
30. Los proveedores de DMEPOS deben permanecer abiertos al público por un mínimo de 30 horas por semana con ciertas excepciones.

Patient Signature _____ Date Signed _____



LANZAMIENTO PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACION Y EL USO PROMOCIONAL DE SEMEJANZA

Entiendo que Prosthetic & Orthotic Associates (y en el presente documento denominado POA), sus empleados y agentes y nadie que esté bajo la supervisión, dirección y la instrucción de POA y sus empleados y agentes, incluyendo cualquier medio de impresión, vídeo, audio o electrónica puede tomar fotografías, video, cintas de audio y otros imágenes y sonidos medios de mí ya que se relaciona con mi amputación(s) o mi evaluación, capacitación y conexión y uso de cualquier dispositivo POA. POA puede desear utilizar estas fotografías para fines educativos, promocionales, publicidad y otros medios de comunicación.

Este permiso para el lanzamiento, sin compensación ni previo aviso, permitirá POA utilizar fotografías en sus publicaciones impresas, durante las presentaciones y de otra manera. Doy mi consentimiento libre y voluntariamente para el uso y la publicación de mi nombre, fotos de mi evaluación destinado para beneficiar a mí y a otros necesitados a estos dispositivos, fotos o semejanzas por PO A todos propósitos incluyendo, pero no limitado a: educativo, promocional, publicidad, el comercio y los medios de comunicación; a través de cualquier medio o formato, incluyendo, pero no limitado a; video, audio, cine, fotografía, televisión, radio, digital, internet, teatro o cualquier otra fuente en cualquier momento desde esta fecha hasta revocar este consentimiento por escrito. Además renuncio a cualquier reclamación contra POA y sus empleados y agentes y cualquier persona actuando a petición de POA basados en o relacionados con su uso o publicación de mi imagen, voz, participación y/ imagen. Doy libremente esta autorización sin remuneración pero con la esperanza de ayudar a otros en necesidad, acceder a POA.

Por favor uno inicial y tenga en cuenta las limitaciones más marcando casillas abajo:

____ Yo doy mi permiso para usar mi imagen completo, incluyendo mi cara, manos, brazos, hombros, torso, piernas y pies (tal como se describe en el lanzamiento para medios de comunicación y el uso promocional de (mi) semejanza EXCEPTO como sigue (marque todas las excepciones que correspondan):

- Doy esta autorización sin limitación;
- Ningún lanzamiento de mi nombre;
- Ningún lanzamiento a medios de comunicación;
- Ningún lanzamiento para educativo propósitos de otros pacientes;
- Ningún lanzamiento para educativo propósitos de practicantes y estudiantes;
- Ningún lanzamiento para POA promocional o publicidad propósitos independientemente de la forma de la publicación.

____ Yo limito mí permiso para usar mi imagen retratar SOLAMENTE mis manos, brazos, hombros, torso, piernas y pies (EXCLUYENDO mi cara) mencionado en el Lanzamiento para Los Medios De Comunicación y el uso de (mi) semejanza EXCEPTO como sigue (marque todas las excepciones que correspondan):

- Doy esta autorización sin limitación;
- Ningún lanzamiento de mi nombre;
- Ningún lanzamiento a medios de comunicación;
- Ningún lanzamiento para educativo propósitos de otros pacientes;
- Ningún lanzamiento para educativo propósitos de practicantes y estudiantes;
- Ningún lanzamiento para POA promocional o publicidad propósitos independientemente de la forma de la publicación.



Entiendo que POA puede ponerse en contacto conmigo para solicitar que mi permiso en alguna fecha posterior usara mi semejanza para cualquier objetivo que puedo haber rechazado dar el permiso en este tiempo. También entiendo que si doy mi permiso ahora que mi permiso es irrevocable después de que mi semejanza ha sido publicada y/o distribuida en cualquier momento después de que mi permiso es dado y antes de que mi permiso sea revocado.

Además, entiendo que es improbable, pero posible que mi semejanza pudiera firmar la esfera pública por los medios y podría ser liberada de nuevo y usada sin mi autorización por otros fuera del control de POA. POA tomara precauciones razonables para ayudar a impedir este pasar.

Por Favor, marque una:

____ Soy sobre la edad de dieciocho años y e leído el anterior y totalmente y completamente entiendo los contenido.

____ Represento esto el sujeto de las fotografías es un menor y que soy padre/madre del menor y e leídos el anterior y totalmente y completamente entiendo los contenido.

Para revocar este consentimiento, póngase en contacto con POA at 4 Riverside Drive, Middletown, NY 10941.

Paciente Nombre *Paciente Firma* *Fecha*

Guardián Nombre *Guardián Firma* *Fecha*

Firma de personal de POA y título *Fecha*

Firmas son digitalmente capturadas en dirección de documentos de Instalación OPIE