

Atos

Breathing-Speaking-Living



Manual de servicios para pacientes

Información Importante



Pasar por una laringectomía total puede ser una experiencia abrumadora y dar lugar a cambios importantes en la forma en que vive. Hemos creado este manual para darle información valiosa que lo ayudará a vivir bien después de una laringectomía. Encontrará información que le será útil para pedir suministros, sacar el mejor provecho de los beneficios de seguros y entender sus derechos.

Contenido

Parte uno: Información sobre seguros y pedidos

- 5 ¿Cómo podemos ayudarlo?
- 7 Pedido de suministros para laringectomía
- 10 Información para entender sus beneficios con su seguro
- 13 Declaración de derechos y responsabilidades de los pacientes

Parte dos: Información del paciente y su privacidad

- 16 Acuerdo de servicio para los pacientes
- 18 Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y aviso de prácticas de privacidad

Información sobre seguros y pedidos





Apreciamos mucho que sea nuestro cliente. Como tal, en Atos Medical queremos contarle sobre los servicios complementarios que están disponibles para usted.

Facturación para seguros y Medicare

Atos Medical facilita la presentación de reclamos de seguro, ya que presenta los reclamos de Medicare y seguro comercial, y les hace seguimiento. No pedimos el pago en el momento de su pedido para los artículos que cubre el seguro (hay algunas exclusiones). Enviaremos sus productos mientras nuestro experto y conocedor equipo de reembolsos se esfuerza por conseguir la aprobación de su reclamo. Usted recibirá un resumen de cuenta en el que se reflejará el saldo adeudado después de que su seguro haya pagado su parte. También posibilitamos pedidos de 90 días para la comodidad de los clientes de seguro dentro de la red. Consulte nuestro sitio web para obtener una lista completa de los proveedores dentro de la red. Esta lista se actualiza a menudo.

Asignación de Medicare

Muchos de nuestros productos son elegibles para precios de asignación de Medicare. No pediremos el pago en el momento del pedido. Para esos productos, los pacientes con cobertura de la Parte B de Medicare pagan únicamente el 20% del precio de asignación que Medicare establece una vez que se hayan alcanzado los deducibles. Si usted tiene un plan de seguros secundario que paga sus copagos

y deducibles de Medicare, es posible que no tenga que pagar estos artículos de su bolsillo. Los pedidos de 90 días están disponibles para artículos elegibles.

Ayuda bilingüe

Si usted es un profesional o paciente que prefiere comunicarse en Español, llame nuestra línea de servicios al cliente al **+1.800.217.0025**, seleccione la opción en Español. Nuestros intérprete bilingües están disponibles para ayudar a los clientes que hablan Español de 8:00am – 5:00pm de Lunes a Viernes, hora central. Háganos una llamada.

Ayuda clínica y técnica

Hay personal experto de Atos Medical disponible para ayudarlo a usted y a su clínico con preguntas técnicas y clínicas.

Comunidad

La comunidad de laringectomía es un grupo pequeño pero apasionado de personas y sus cuidadores, familias y proveedores de atención médica. Atos está comprometido a apoyar a esta comunidad y a darle recursos para conectarse con oportunidades educativas, intercambiar consejos valiosos y compartir experiencias.

Atos tiene una variedad de eventos diseñados para dar apoyo, consejos/técnicas, recursos importantes, información sobre productos y la oportunidad de socializar con pares virtualmente o en persona. Conectarse con otras personas puede ser una herramienta beneficiosa para su recuperación continua y su capacidad de disfrutar la vida al máximo.

Visite la página sobre la **COMUNIDAD** en nuestro sitio web, **www.atosmedical.us**, para saber más sobre los eventos para cada etapa de su recorrido.





Someterse a una laringectomía total puede ser abrumador, pero no está solo. Más de 100,000 personas en todo el mundo se han sometido a la misma cirugía y han comprobado que es posible tener una buena calidad de vida.

Atos Medical tiene una larga tradición de evidencia clínica que muestra que nuestros productos funcionan bien y son seguros. Continuamente iniciamos estudios clínicos o participamos en ellos en todo el mundo, lo que se logra mediante nuestra estrecha cooperación con especialistas y pacientes de ENT. Los beneficios que reciben los pacientes al usar nuestros productos de laringectomía están respaldados por una larga lista de documentación clínica revisada por colegas.

En www.atosmedical.us, puede buscar productos o pedir un catálogo. También tenemos equipos de amables expertos dispuestos a darle ayuda personalizada si llama al **+1.800.217.0025**. **Escuche todos los mensajes antes de hacer su elección, así podemos atender mejor sus necesidades. Usted puede:**

- Hablar con un representante de seguros
- Hacer un pago o una consulta sobre facturas o saldos de cuenta
- Hablar con un representante de atención al cliente dedicado
- Hacer un pedido, verificar el estado de un pedido o hablar con el Departamento de Servicio al Cliente
- Consultar sobre un evento en su zona o inscribirse en uno
- Recibir ayuda de un representante que hable Español

Qué necesitamos de usted y su médico para completar su pedido

- 1 Necesitamos este material clave para que lo atendamos mejor y le demos los productos que necesita.**
 - **Formulario de servicios para pacientes** Este da importante información demográfica, de seguros y sobre autorizaciones. Mediante este, usted reconoce haber recibido y comprendido la información de este folleto. También puede designar un representante autorizado (su designación de un cónyuge, familiar, amigo o cuidador) que pueda hacer pedidos y preguntas o, de otro modo, hablar con nosotros en su nombre. También puede dar su consentimiento, lo que nos permite comunicarnos con usted por teléfono o correo electrónico y facilita el acceso a información sobre nuevos productos, los recursos que damos o información sobre eventos de apoyo.
 - **Formulario de receta con expediente médico** (completado y firmado por su médico/persona que receta.) Esto nos permite dispensarle los productos que su clínico designe. Si tiene seguro, nos permite ayudarlo a buscar la cobertura de reembolso a la que tiene derecho mediante su plan. Las recetas pueden ser válidas por hasta un año y deben renovarse anualmente. Pida a su médico que envíe copias del expediente médico de su visita más reciente relacionada con su diagnóstico y la receta.
 - **Copias de tarjetas de seguros** Para verificar sus beneficios, presentar reclamos o negociar cobertura con su compañía de seguros, necesitamos copias de LA PARTE DE ADELANTE Y DE ATRÁS de cada tarjeta de seguro de todos sus planes de seguro. Recuerde enviar nuevas copias si cambia su seguro o empieza Medicare.
- 2 Lea, complete y firme los documentos indicados arriba. Asegúrese de enviarlos a Atos con las copias de sus tarjetas de seguro.**
- 3 Hay varias formas de entregarnos los formularios:**
 - **Por correo electrónico:** envíelos a documents.us@atosmedical.com, que está encriptado para su seguridad
 - **Por vía electrónica:** puede pedir que le envíen cualquiera de los documentos de arriba a su dirección de correo electrónico para completarlo por medio de un sistema
 - **Por correo:** Atos Medical Inc, Attn: Patient Services, 2801 South Moorland Road, New Berlin, WI 53151-3743



Comuníquese inmediatamente con nuestro equipo de seguros sobre cualquier cambio a su cobertura. Comuníquese con nosotros si tiene preguntas sobre seguros llamando al **+1.800.217.0025** (seleccione la opción en Español).

Aunque Atos NO sea su compañía de seguros, PODEMOS ayudarlo a transitar el proceso. Damos servicios complementarios para verificar su cobertura de beneficios, presentar reclamos y hablar en su nombre con su compañía de seguros sobre la importancia de sus suministros para laringectomía. Con su ayuda, algunas veces podemos obtener Cartas de autorización o Excepciones de falta de cobertura para ayudar a aprovechar al máximo sus beneficios de seguros. Sabemos que entender su seguro médico puede causarle confusión. Queremos que sepa que no solo usted se siente así y que Atos está aquí para ayudarlo.

COMPRENDER SUS BENEFICIOS DEL SEGURO

Medicare

Si tiene Medicare tradicional original, Atos puede enviar su reclamo a Medicare y puede aceptar la asignación para determinados artículos (puede haber algunas restricciones). Para los artículos de asignación, los clientes de Medicare suelen ser responsables de pagar el 20% de la cantidad permitida de Medicare (siempre que haya cumplido su deducible de la Parte B de Medicare para el año). Medicare pagará el 80% restante. Si tiene una póliza complementaria de Medicare, puede pagar el 20% del que de otra manera sería responsable. Comuníquese con su compañía de seguros, ya que es su responsabilidad entender los beneficios específicos de la póliza para Equipo médico duradero (DME).

Para aprovechar las tarifas de Medicare, Medicare nos exige que tengamos el formulario de recetas debidamente completado antes de enviar su pedido. Para los artículos no asignados, usted tendrá la responsabilidad de hacer el pago total en el momento del pedido. Atos presentará su reclamo y Medicare le reembolsará directamente según su parte de la cantidad permitida.

Cobertura de Medicaid, Medicare Advantage (reemplazo) o de seguros comerciales

Para todos los demás planes de Medicaid, Medicare Advantage o de seguros comerciales, es altamente recomendable que se comunique con su compañía de seguros antes de hacer su pedido. Casi siempre se exige una autorización previa y es posible que deba pagar un deducible independiente por Equipo médico duradero (DME). Es su responsabilidad entender los beneficios específicos de la póliza para DME. Pida a su compañía de seguros que envíe por fax toda autorización o preaprobación necesaria a Atos Medical al **+1.844.389.4918**.

Preguntas Frecuentes

P1: ¿Cuáles son las opciones de beneficios del Plan de Medicare?

- **Parte A** (Seguro de hospital)
- **Parte B** (Seguro médico) La Parte B ayuda a pagar médicos, atención en hospital como paciente ambulatorio, equipo médico duradero (DME), suministros protésicos y algunos otros servicios médicos que no cubre la Parte A de Medicare (como los servicios de fisioterapeutas/terapeutas ocupacionales y algunos servicios de atención médica a domicilio). La mayoría de las personas paga una prima mensual por la Parte B. Los suministros de Atos pueden cubrirse con la Parte B.
- **Parte D** (Cobertura de medicamentos con receta)

P2: ¿Cómo sé si tengo la Parte B?

Revise su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Si tiene la Parte B, verá "Medical (Part B)" impreso en la parte inferior de su tarjeta.

P3: ¿Qué significa "asignación"?

- Atos tiene varios productos considerados como una "asignación" de Medicare. Cada producto de asignación tiene un precio predeterminado o permitido. Medicare paga el 80% del precio permitido (menos cualquier deducible pendiente) y usted, como paciente, es responsable del 20% del precio permitido.
- Si tenemos información completa de Medicare en el momento en que usted hace el pedido, le enviaremos los productos y recibirá un resumen de cuenta en el que se reflejará el saldo adeudado una vez que su seguro

haya pagado su parte. Según la rapidez con la que Medicare procese su reclamo, usted recibirá la factura en 30 a 90 días.

- Si no podemos verificar la cobertura en el momento de su pedido, se le pedirá que pague la totalidad. Cuando recibamos su información completa y verifiquemos su cobertura, presentaremos su reclamo ante Medicare y ellos le reintegrarán el 80%.
- Es importante recordar que debe pagar su deducible anual antes de que Medicare pague el 80% completo.

P4: ¿Cuáles son los tres tipos de planes de Medicare?

- **Medicare Original o Tradicional** (conocido también como plan de tarifa por servicio) Este plan está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos. Es la forma en que la mayoría de las personas obtiene atención médica de la Parte A y la Parte B. Es posible que Medicare pida a su médico que lo examine en persona antes de que pueda recibir equipo médico duradero. Los precios de asignación están disponibles únicamente para las personas inscritas en el Plan Medicare Original o Tradicional.
- **Medicare Advantage** (o Medicare + Opción) que incluye Planes de atención administrada de Medicare o Planes de HMO, Planes de organizaciones de proveedores preferidos (PPO) de Medicare, Planes privados de tarifa por servicio de Medicare y Planes de especialistas de Medicare. Estos son planes que da una compañía privada que tiene contrato con Medicare para prestar todos los servicios de la Parte A y Parte B.
- **Póliza Medigap** Es una póliza complementaria de Medicare que venden compañías de seguros privadas para cubrir lo que falte de la cobertura del Plan Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con el Plan Medicare Original.

P5: ¿De qué pagos de servicios y suministros de la Parte B soy responsable?

- La prima mensual de la Parte B
- El deducible anual de la Parte B
- El coseguro, que suele ser el 20% de la cantidad aprobada por Medicare
- El costo de los servicios y suministros que Medicare no cubre, como costos por envío rápido
- Costos extra sobre los artículos para los que Atos Medica no acepta asignación

P6: ¿Qué necesita Atos para poder aceptar la asignación de suministros de laringectomía?

Necesitamos su Formulario de receta con el expediente médico, el formulario de servicios para pacientes y copias de la parte de adelante y de atrás de sus tarjetas de seguros.

P7: ¿Dónde puedo conseguir estos formularios?

Puede conseguir los formularios por correo o en la sección RECURSOS de nuestro sitio web en www.atosmedical.us. O puede pedir que los envíen a su dirección de correo electrónico para que los complete electrónicamente mediante DocuSign.

P8: ¿Quién puede firmar el Certificado de Necesidad Médica?

Solo el médico que le da sus recetas, un enfermero de práctica avanzada (NP), un asistente médico (PA) y, en la mayoría de los casos, el otorrinolaringólogo (ENT) pueden firmar este formulario. Su patólogo del habla y del lenguaje (SLP) no puede firmar este formulario.

P9: ¿Qué sucede si tengo un plan de seguros secundario? ¿Puede Atos Medical presentar mi reclamo ante ellos?

Usted deberá comunicarse con su compañía de seguros secundaria; posiblemente ellos puedan crear un “expediente de transición automático” de Medicare, siempre que tengan un contrato con Medicare. Cuando esté armado el expediente de transición, el reclamo que envíe Atos a Medicare se reenviará automáticamente a su seguro secundario. Su seguro secundario procesará el reclamo sobre el saldo no cubierto por Medicare según sus beneficios de DME. Si no se puede establecer una transición, infórmelo a un representante del Departamento de Seguros de Atos; podemos ayudarle a presentar reclamos ante su aseguradora secundaria.

P10: ¿Necesito un formulario de autorización o de preaprobación de mi compañía de seguros?

Si no tiene Medicare Original, la mayoría de las otras compañías de seguros puede pedirle una autorización o una preaprobación para que usted compre los productos. Atos es un proveedor fuera de la red para la mayoría de las compañías de seguros. Le recomendamos encarecidamente que se comunique con su compañía de seguros para que lo orienten sobre sus beneficios de DME antes de pedir sus suministros a Atos. Si ya hizo algún pedido a Atos sin haberse comunicado con su compañía de seguros sobre alguna autorización, comuníquese ahora mismo con su compañía de seguros. Este asunto es muy importante y podría afectar la forma en que su compañía de seguros procese sus reclamos.

P11: Estoy en un centro especializado de enfermería, un centro de cuidados de hospicio o trabajo con una agencia de atención médica a domicilio. ¿Puedo de todas formas hacer un pedido?

Medicare no nos permitirá facturarles cuando reciba otros servicios cubiertos de Medicare al mismo tiempo. Comuníquese con el Departamento de Seguros de Atos para que podamos determinar si hay un conflicto con otro proveedor. Si hay algún conflicto, su proveedor actual puede comprar los productos a Atos y presentar su reclamo ante Medicare. O usted puede pedir sus productos si paga la totalidad y firma un formulario de exención económica para evitar cualquier retraso.

P12: ¿Puedo pedir varias unidades del mismo producto o de productos similares al mismo tiempo?

Medicare y muchas compañías de seguros privados establecen límites específicos de utilización sobre diversos productos. “Utilización” se refiere a la frecuencia o a la cantidad de artículos que puede comprar en un plazo determinado. Es posible que Atos no pueda vender más que la cantidad aprobada de artículos que tengan el mismo código de Medicare (HCPCS) (p. ej., A7508 para adhesivos) en cualquier plazo determinado. Cualquier compra de artículo que supere los límites de utilización requerirá, casi con toda seguridad, el pago total y sin reembolso. Debe comunicarse con su compañía de seguros o con Medicare para averiguar qué permitirán. Si se necesitan más suministros, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarlo pidiendo a su médico que actualice su formulario de receta y nos dé documentación clínica (notas médicas) para respaldar su necesidad médica. No podemos conservar información sobre cada compañía; debe comunicarse con su aseguradora para informarse de los requisitos específicos de utilización.



Creemos que todos los pacientes que reciben suministros de Atos deben estar informados de sus derechos.

Derechos de los pacientes

- Recibir coordinación y continuidad de suministros de manera razonable.
- Recibir una respuesta oportuna de Atos cuando se necesiten o pidan suministros médicos.
- Estar totalmente informado con antelación sobre los suministros a surtir y cualquier modificación al Plan de suministros/de atención.
- Participar en el desarrollo y la revisión periódica del Plan de suministros/de atención.
- Tener derecho tanto a un consentimiento informado como al rechazo de suministros después de que se presenten completamente las consecuencias de haber rechazado suministros.
- Estar informado con antelación a los cargos.
- Recibir un trato respetuoso y considerado, y como paciente, ser reconocido en su dignidad e individualidad.
- Expresar quejas o reclamos sobre el personal o de suministros sin restricciones, interferencia, coerción, discriminación ni represalias.
- Tener derecho a la confidencialidad y privacidad de toda la información incluida en el expediente del paciente y de Información de salud protegida.

- Recibir los suministros adecuados de acuerdo con las órdenes del médico.
- Estar informado de cualquier beneficio financiero cuando se refiera a una organización.
- Estar totalmente informado de mis responsabilidades.
- Estar informado de las limitaciones de suministro de los proveedores.
- Estar informado de los resultados previstos de los suministros y de cualquier obstáculo para lograr resultados.

Obligaciones de los pacientes

- El paciente acepta usar el equipo para los fines señalados y en cumplimiento con la receta del médico.
- El paciente acepta notificar a Atos sobre cualquier hospitalización, cambio en seguros del cliente, dirección, teléfono, médico o cuando ya no exista la necesidad médica de suministros.
- El paciente acepta pedir que se haga el pago de beneficios autorizados de Medicare o de otros seguros privados directamente a Atos por cualquier servicio prestado por Atos.
- El paciente acepta asumir toda la responsabilidad financiera del equipo médico para uso en casa que suministre Atos.
- El paciente acepta que Atos no deberá hacerse responsable ante el paciente de ninguna lesión personal relacionada con cualquier equipo; incluyendo las lesiones personales causadas por el uso o funcionamiento indebido del equipo o por actos o actividades criminales, guerra, disturbio, insurrección incendio o fenómeno natural.
- El paciente entiende que Atos reserva el derecho de rechazar la entrega del servicio a cualquier paciente en cualquier momento.
- El paciente acepta que los honorarios legales resultantes de un desacuerdo entre las partes serán asumidos por la parte que no haya tenido éxito en cualquier acción legal tomada.

Cuando el paciente no pueda tomar decisiones médicas o de otro tipo, se debe consultar a la familia para recibir instrucciones. Los miembros del personal de Atos están capacitados para hablar con el paciente y los cuidadores autorizados sobre la Declaración de derechos y responsabilidades de los pacientes. **Atos obedece las Normas para proveedores de DMEPOS de los CMS de Medicare.**

Información del Paciente y su Privacidad



ACUERDO DE SERVICIO AL PACIENTE

ESTA SECCIÓN DESCRIBE EL ACUERDO QUE ESTÁ FIRMANDO CON ATOS MEDICAL INC. (ATOS) PARA MANTENER SU CUENTA Y PROVEER PRODUCTO. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Autorización/consentimiento para suministrar equipo médico duradero

Me han informado sobre el equipo médico duradero y los suministros disponibles. Autorizo a Atos Medical Inc. (Atos) según las instrucciones del médico que extiende la receta, a suministrar suministros médicos según lo indicado por el médico.

Cesión de beneficios/autorización de pago/cambio de seguros

Por este medio cedo todos los beneficios y pagos sobre los reclamos cedidos para que se hagan directamente a Atos por cualesquiera suministros que se me surtan. Autorizo a Atos para que consiga beneficios y pagos en mi nombre en tales casos. Entiendo que, como una cortesía, Atos facturará a Medicare u otras fuentes financiadas federalmente y otros pagadores y aseguradoras que den cobertura. Entiendo que soy el responsable de dar toda la información de seguros necesaria con antelación. Debo comunicar a Atos cualquier cambio en la política, plan o compañía de seguros en un plazo de 30 días a partir del evento.

Atos me ha informado sobre la necesidad médica de los servicios recetados por el médico. Comprendo que en el caso de que los servicios se consideren no razonables ni necesarios, es posible que se deniegue el pago y yo seré totalmente responsable del pago. Atos recibe el pago de Medicare sobre los reclamos cedidos.

Comprendo que Atos no es un proveedor que participa con Medicare. Atos puede optar por aceptar la cesión o no aceptarla con cada reclamo. Al momento del pedido, Atos me informará si se va a ceder o no un reclamo. Recibiré el pago de Medicare sobre todos los reclamos aprobados no cedidos menos cualquier copago o deducible.

Revelación de información

Por este medio pido y autorizo a Atos, al médico que emite la receta, al hospital y a cualquier otra persona o entidad en poder de información pertinente para el servicio, a que revele información, si así se pide, a Atos, a cualquier fuente pagadora, médico o cualquier otro personal médico o agencia que tenga relación con mis suministros. También autorizo a Atos a que

revise el historial médico y la información del pagador para los fines de surtirme los suministros médicos. Con la presentación de mi información de seguros, autorizo a Atos a que comience el proceso de verificación necesario para confirmar mis beneficios de seguros para equipo médico duradero.

También reconozco que puedo designar a uno o a varios Representantes Autorizados a quienes he elegido para que me ayuden en el manejo de mi cuenta con Atos. Si así lo designo, autorizo a Atos a intercambiar mi Información de salud protegida con tal o tales personas. Si hay algún documento designado de Poder para atención médica (Healthcare Power of Attorney, HCPOA) que esté implementado y fue activado (al paciente se le declaró incompetente al paciente para tomar decisiones médicas y dos médicos han completado un Certificado de Incapacitación [Certificate of Incapacitation, COI]), el apoderado designado por el HCPOA puede presentar una copia del documento Poder y del COI a Atos para el expediente del paciente, y el apoderado puede trabajar con Atos en nombre del paciente.

Responsabilidad financiera

Comprendo y acepto que soy el responsable del pago de cualesquiera y todos los importes que puedan adeudarse por los servicios prestados. Soy responsable de todos los cargos, independientemente del pagador. Estos importes incluyen, pero no se limitan a, todos los deducibles, copagos, requisitos de desembolso directo y servicios no cubiertos. Si por cualquier razón y hasta cualquier grado, Atos no recibe el pago de la fuente pagadora, por este medio acepto pagar a Atos por la totalidad del saldo en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la factura. Soy responsable de asumir todos los cargos, incluyendo los costos de cobranza y todos los honorarios de abogados.

Comprendo que los beneficios que citan Atos o mis compañías de seguros no constituyen una garantía de pago. En el caso de que yo reciba algún pago que se adeude a Atos, por este medio acuerdo endosar tales pagos y remitirlos directamente a Atos. Acepto

que todos los costos de cualquier equipo médico duradero y suministros que no pague mi compañía de seguros son mi responsabilidad y autorizo el pago por medio de mi tarjeta de crédito (si consta en el expediente); de lo contrario, de inmediato enviaré un cheque o una orden de pago por correo postal a Atos.

Productos devueltos

Entiendo que todo producto devuelto debe cumplir con la política de Productos devueltos de Atos Medical en cuanto a que el producto debe devolverse en una condición de sellado y dentro de las siguientes directrices:

- La condición de sellado incluye (pero no se limita a) el producto devuelto sin haberse abierto, en el empaque sellado original y el empaque/contenido no puede estar alterado para recibir el crédito o el intercambio. Lo anterior incluye que no haya daño físico en el producto ni en la caja del producto, y que no haya nada adherido ni escrito en la caja del producto.
- Atos se reserva el derecho de rechazar o de rehusarse a hacer cualquier devolución/intercambio, si se determina que el empaque se ha alterado de alguna manera.
- No se considerará para devolución a ningún producto que esté en posesión del paciente durante más de 90 días.
- No se aceptarán devoluciones sin previa autorización y sin un número de autorización de Atos para mercadería a ser devuelta (return merchandise authorization, RMA), que se puede obtener llamando al **+1.800.217.0025**.
- Se aplica un cargo del 25% por reabastecimiento de toda la mercadería devuelta.
- Los cargos por envío no son reembolsables.
- Los números RMA emitidos por Atos son válidos únicamente durante 30 días. Atos debe recibir el producto dentro de ese plazo.
- Los números de RMA no pueden prorrogarse ni volverse a emitir.
- Atos recomienda el uso de un operador de envíos de reconocido prestigio, capaz de dar constancia de entrega y de embalar correctamente y asegurar totalmente mi envío por devolución.
- El paciente es responsable de los cargos de envío y del riesgo de pérdida sobre todos los envíos por devolución.

- El paciente notificará a Atos en un plazo de diez días hábiles, en caso de que no se haya recibido un pedido.
- Después de 30 días pasados de la fecha del envío, Atos no puede investigar ninguna discrepancia de envío más allá de dar el reemplazo o crédito.

Comunicación de quejas

Atos tiene el compromiso de darles a todos los pacientes el más alto nivel de servicio. Comprendo que, en caso de que no esté satisfecho con mi experiencia como paciente, puedo entablar una queja/un reclamo sin preocupaciones por represalias, discriminación o interrupción no razonable del servicio. Acepto que se me ha informado del procedimiento para comunicar una queja. Para presentar una queja, llame a **+1.800.217.0025** y hable con Servicio al Cliente.

Queja sobre productos

Atos tiene el compromiso de dar siempre prioridad a la seguridad y calidad de los productos desde la etapa inicial de diseño hasta el final del ciclo del producto. Comprendo que, en caso de que no esté satisfecho con un producto Atos, puedo enviar una queja del producto, sin temor a represalias, discriminación o interrupción no razonable del servicio. Acepto que se me ha informado sobre el procedimiento para comunicar una queja sobre productos. Para poner una queja sobre productos, llame al **+1.800.217.0025** y hable con Servicio al Cliente. Con una queja sobre productos se iniciará una investigación. Si corresponde, Atos puede pedir que se devuelva el producto, o la parte no utilizada del producto, para la investigación. Al paciente deberá dársele notificación de los resultados de la investigación y una respuesta. Los resultados pueden transmitirse mediante una llamada o un mensaje de correo electrónico. Para todos los productos de Atos Medical AB (Suecia), una respuesta puede demorar de seis a ocho semanas.

Plan de servicio

Acepto usar estos dispositivos y suministros de traqueostomía o laringectomía solamente con el método indicado por mi médico y de acuerdo con las instrucciones de uso del fabricante.

AVISO DE ATOS MEDICAL INC. SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD (HIPAA)

Fecha de vigencia: 23 de Octubre de 2015. **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y REVELARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA/DE SALUD Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ELLA. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

La ley le exige a Atos Medical Inc. (Atos) que mantenga la privacidad de su información de salud protegida (PHI); que le demos este Aviso detallado de nuestros deberes legales y nuestras prácticas de privacidad relacionados con su PHI; y que cumplamos los términos del Aviso que estén actualmente en vigor.

Usos y revelaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica

En los siguientes párrafos se enumeran las diversas maneras en las que podemos usar o revelar su PHI para los fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

- **Para tratamiento.** Usaremos y revelaremos su PHI en el procesamiento de su pedido y le enviaremos los productos que pida. Por ejemplo, al procesar su pedido, nos comunicaremos con su médico o con muchos profesionales de la salud que contribuyan a su atención, con el fin de obtener un certificado de necesidad médica, una receta o una orden médica por escrito, o notas médicas sobre su avance. En esto puede incluirse a especialistas, su médico habitual, y a médicos y personal del hospital, como patólogos del habla. También podemos coordinar su tratamiento con su Representante autorizado, si tiene alguno designado.
- **Para pago.** Podemos usar y revelar su PHI para los fines de facturación y pago. Podemos revelar su PHI a su representante autorizado o a una aseguradora o compañía de atención administrada, a Medicare o a otro pagador externo. Por ejemplo, podemos comunicarnos con Medicare o con su plan médico para confirmar su cobertura y sus beneficios o podemos compartir esta información con usted, su representante autorizado o un pagador externo para verificar que haya recibido los servicios que se le facturaron. Cuando sea necesario, también puede compartirse su información con una compañía externa de facturación o cobranza.
- **Para operaciones de atención médica.** Podemos usar y revelar su PHI según sea necesario para operaciones de atención médica, como administración, evaluación del personal, formación y capacitación; también para supervisar la calidad de nuestra atención. Por ejemplo, podemos usar información sobre su pedido para dar seguimiento de la entrega de productos. También podemos usar y revelar su información y sus quejas para garantizar

que los fabricantes cumplan nuestras especificaciones de manera adecuada.

Usos y revelaciones específicas de su PHI

En los siguientes párrafos se enumeran las diversas maneras en las que podemos usar o revelar su PHI.

- **Personas involucradas en su atención o en el pago de su atención.** A menos que tenga objeciones, podemos revelar su PHI a algún familiar, amigo cercano u otra persona que usted identifique y que esté involucrado en su atención.
- **Emergencias.** Podemos usar o revelar su PHI según se estime necesario en situaciones de tratamiento de emergencia.
- **Según lo exija la ley.** Podemos usar o revelar su PHI cuando la ley nos lo exija.
- **Asociados comerciales.** Podemos revelar su PHI a un contratista o asociado comercial que necesite la información para prestar servicios a Atos. Nuestros asociados comerciales tienen el compromiso de conservar la confidencialidad de esta información.
- **Actividad de salud pública.** Podemos revelar su PHI para actividades de salud pública. Estas actividades pueden influir en la elaboración de informes a una autoridad de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; denunciar abuso o negligencia infantil, o comunicar nacimientos y fallecimientos.
- **Informar sobre víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos usar y revelar su PHI para notificar a una autoridad del gobierno, si lo autoriza la ley o si usted está de acuerdo con el informe.
- **Actividades de supervisión de la salud.** Podemos revelar su PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones y acciones concernientes a acreditaciones profesionales o para

actividades que impliquen la supervisión gubernamental del sistema de salud.

- **Para desviar una amenaza grave a la salud o a la seguridad.** Cuando sea necesario evitar una amenaza grave a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad del público o de otra persona, podemos usar o revelar datos de la PHI, limitando las revelaciones a alguien que pueda ayudar a reducir o a prevenir el daño implícito en la amenaza.
- **Trámites judiciales y administrativos.** Podemos revelar su PHI en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal competente. También podemos revelar información en respuesta a una citación, un pedido de descubrimiento de pruebas u otro proceso legal; se deben hacer todos los esfuerzos por comunicarse con usted para pedir u obtener una orden o un acuerdo que proteja la información.
- **Ejecución de la ley.** Podemos revelar su PHI para ciertos fines de ejecución de la ley, incluyendo, por ejemplo, cumplir con requisitos de elaboración de informes; cumplir con una orden de tribunal competente, una orden de restricción o un proceso legal similar; o para responder ciertos pedidos de información relacionados con delitos.
- **Investigación.** Podemos usar o revelar su PHI para los fines de investigación, si se han revisado y aprobado los aspectos de privacidad de la investigación, si el investigador está recolectando información para la preparación de una propuesta de investigación, si la investigación ocurre después de que usted fallezca o si usted autoriza el uso o la revelación.
- **Médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerarias, organizaciones para la obtención de órganos.** Podemos revelar su PHI a un médico forense, a un examinador médico, a un director de funeraria o, si usted es donador de órganos, a una organización involucrada en la donación de órganos y tejidos.
- **Ayuda por catástrofes.** Podemos revelar su PHI a una organización de ayuda por catástrofes.
- **Ejército, veteranos y otras funciones específicas del gobierno.** Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos usar y revelar su PHI según lo exijan las autoridades al mando del ejército. Podemos revelar su PHI para los fines

de seguridad nacional o según se necesite para proteger al Presidente de los Estados Unidos o a ciertos otros funcionarios, o para emprender ciertas investigaciones especiales.

- **Compensación de los trabajadores.** Podemos usar o revelar su PHI para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de los trabajadores o programas similares.
- **Reclusos/situación bajo custodia de los cuerpos del orden público.** Si está bajo custodia de un oficial del orden público o en una institución correccional, podemos revelar su PHI a la institución o al oficial para ciertos fines, incluyendo la salud y seguridad suya y de otras personas.
- **Alternativas de tratamiento y Beneficios y servicios relacionados con la salud.** Podemos usar o revelar su PHI para informarle sobre alternativas de tratamiento, y beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden serle de interés.

Usos y revelaciones con su autorización

Salvo lo descrito en este Aviso, usaremos y revelaremos su PHI solo con su autorización por escrito. En cualquier momento podemos revocar una autorización por escrito. Si revoca una autorización, ya no usaremos ni revelaremos su PHI para los fines cubiertos por esa autorización, salvo en aquellos casos en los que ya nos hayamos basado en la autorización.

Sus derechos concernientes a su PHI Aunque Atos es el titular en propiedad de su expediente médico, usted tiene los siguientes derechos relacionados con su PHI incluida en ellos: Cada uno de estos derechos está sujeto a ciertos requisitos, limitaciones y excepciones. Su ejercicio puede exigir la presentación de una solicitud por escrito a Atos. Si usted lo pide, Atos nos suministrará el formulario adecuado para completarlo. Tiene el derecho de:

Pedir restricciones. Tiene el derecho de pedir restricciones sobre el uso o la revelación que hagamos de su PHI para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Las “operaciones de atención médica” consisten en actividades que son necesarias para desarrollar las operaciones del proveedor, como aseguramiento de la calidad y revisión de colegas. También tiene el derecho de pedir restricciones sobre la PHI que revelemos sobre usted a un familiar, amigo o a otra persona que esté involucrada

AVISO DE ATOS MEDICAL INC. SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

en su atención o en el pago de esta.

El derecho de pedir una restricción no se extiende a usos ni revelaciones permitidos o exigidos según las siguientes secciones de las normativas federales sobre la privacidad: sección 64.502(a)(2)(i) (revelaciones a usted), sección 164.510(a) (para directorios de instalaciones, pero observe que tiene el derecho de oponerse a esos usos) o sección 164.512 (usos y revelaciones que no exijan un consentimiento ni una autorización). Los usos y las revelaciones indicados al final en el párrafo anterior incluyen, por ejemplo, los que la ley exige, como la comunicación obligatoria de enfermedades contagiosas. En esos casos, no tiene el derecho de pedir restricción. El consentimiento al uso y la revelación de su información de salud que lo identifique como individuo le concede la capacidad de pedir restricción. Sin embargo, no tenemos que aceptar la restricción, salvo en la situación que se explica abajo. Si lo hacemos, nos regiremos por esta, a menos que usted pida lo contrario o que le demos aviso con antelación. También puede pedir que nos comuniquemos con usted por medios alternos, y si el método de comunicación es razonable, debemos conceder la petición de comunicación alterna. Puede pedir la restricción o las comunicaciones alternas en el formulario de consentimiento para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Sin embargo, si pide restricción sobre una revelación a un plan médico para los fines de pago o de operaciones de atención médica (no de tratamiento), debemos conceder la petición, si la información médica pertenece exclusivamente a un componente o un servicio para el cual se nos ha pagado la totalidad.

No se nos exige aceptar su petición de restricción (salvo en el caso de que si usted está apto para hacerlo, puede restringir las revelaciones a familiares o amigos). Si estamos de acuerdo en aceptar su petición de restricción, cumpliremos con su pedido, salvo según sea necesario para dar tratamiento de emergencia.

Acceso a PHI personal. Tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de sus expedientes clínicos o de facturación u otra información por escrito que pueda usarse para tomar decisiones sobre su atención, sujeto a algunas excepciones. Debe pedirlo por escrito. En la mayoría de los casos, podemos cobrar una cuota razonable por nuestros costos de copiado y envío por correo postal de la información que nos pide.

Recalamos que este derecho no es absoluto. En ciertas situaciones, como si el acceso causara perjuicio, podemos denegar el acceso. No tiene derecho de acceder a esto:

- Notas de psicoterapia. Estas notas corresponden a los apuntes que un proveedor de atención médica que sea profesional en salud mental registra en cualquier medio para documentar o analizar una conversación durante una sesión de terapia privada, grupal, conjunta o familiar y que son independientes del resto de su expediente médico.
- Información compilada con antelación razonable de o para uso en acciones o trámites civiles, penales o administrativos.
- PHI que esté sujeta a las Enmiendas de mejora de laboratorios clínicos (Clinical Laboratory Improvement Amendments, CLIA) de 1988, título 42, sección 263a del Código de los Estados Unidos (United States Code, USC), hasta donde la concesión de acceso a usted estuviera prohibida por la ley.
- Información que se haya obtenido de alguien distinto a un proveedor de atención médica según una promesa de confidencialidad y el acceso pedido revelara con probabilidad razonable la fuente de la información.
- Información que esté protegida por derechos de autor, como ciertos datos sin procesar que se obtengan de pruebas.

Si se le niega el acceso a PHI, en algunos casos tiene el derecho de pedir que se revise nuestra decisión de negarle acceso. Los motivos de denegación "sujetos a revisión" incluyen estos:

- Un profesional de atención médica autorizado, como su médico encargado, ha determinado, en el ejercicio de su criterio profesional, que el acceso tiene probabilidad razonable de poner en peligro la vida o la seguridad física suya o de otra persona.
- La PHI hace referencia a otra persona (distinta a un proveedor de atención médica) y un proveedor de atención médica autorizado ha determinado, en el ejercicio de su criterio profesional, que el acceso tiene probabilidad razonable de causar daño importante a esa otra persona.
- Su representante personal hace la petición y un profesional de atención médica autorizado ha determinado, en

el ejercicio de su criterio profesional, que dar acceso a tal representante personal tiene probabilidad razonable de causarle daño importante a usted o a otra persona.

Para estos motivos sujetos a revisión, otro profesional autorizado debe evaluar la decisión del proveedor que niega el acceso en un plazo de 60 días. Si le negamos acceso, le explicaremos por qué y cuáles son sus derechos, incluyendo cómo conseguir una revisión. Si le damos acceso, le indicaremos qué, si lo hubiera, tiene que hacer para obtenerlo. Nos reservamos el derecho de cobrar una cuota razonable con base en los costos por la reproducción de documentos.

Pedir enmienda. Tiene el derecho de pedir enmienda de su PHI que Atos mantenga, siempre y cuando la información se conserve para y por Atos. Debe hacer su petición por escrito y debe indicar la razón para la enmienda que se pide.

Es posible que deneguemos su petición de enmienda, si existen estas condiciones:

- El registro no ha sido creado por Atos, a menos que el originador de la información ya no esté disponible para actuar a petición suya. Si, en el caso de un informe de consulta de otro proveedor, no fuimos nosotros los creadores del registro, no podemos saber si este es exacto o no. Así que, en tales casos, debe procurar obtener una enmienda/corrección de la parte que crea el registro. Si dicha parte enmienda o corrige el registro, pondremos el registro corregido en nuestros expedientes;
- Los registros no están disponibles para usted, según se abordó en los párrafos de arriba;
- Los registros no forman parte de la PHI que Atos mantiene o que mantienen para Atos;
- Los registros no forman parte de la información para la que tiene el derecho de acceso; o
- El registro ya es exacto y está completo, según lo determine Atos.

Si denegamos su petición de enmienda/corrección, le notificaremos por qué, cómo puede adjuntar una declaración de disconformidad a sus expedientes (que podemos refutar) y cómo puede presentar una queja. Si le concedemos la petición, haremos la corrección y la distribuiremos a las personas que la necesitan y a aquellas que usted haya identificado ante nosotros como

las que quiere que reciban la información correcta.

Pedir una explicación de las revelaciones.

Tiene el derecho de obtener una explicación de los usos y las revelaciones no rutinarios, distintos a los utilizados para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, hasta una fecha en que fije el Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) después del 1 de enero de 2011. Después de esa fecha, tendremos que darle una explicación, si la pide, correspondiente a los usos y las revelaciones para el tratamiento, pago y las operaciones de atención médica. No debemos darle explicación para las siguientes revelaciones:

- A usted por revelaciones de PHI hechas a usted.
- Para el directorio de las instalaciones o a personas involucradas en su atención o por otros fines de notificación, según se estipula en la sección 164.510 del reglamento de privacidad federal (usos y revelaciones que requieren una oportunidad para que la persona esté de acuerdo o se oponga, incluyendo notificación a familiares, representantes personales u otras personas responsables de su atención, de su ubicación, condición general o los trámites por su fallecimiento).
- Para los fines de seguridad nacional o inteligencia según la sección 164.512(k)(2) del reglamento de privacidad federal (las revelaciones no requieren consentimiento, autorización ni oportunidad de objeción).
- A instituciones correccionales u oficiales del orden público según el artículo 164.512(k)(5) del reglamento de privacidad federal (las revelaciones no requieren consentimiento, autorización ni oportunidad de objeción).
- Las que hayan ocurrido antes del 14 de abril de 2003.

Debemos darle la explicación en un plazo de 60 días. La explicación debe incluir la siguiente información:

- Fecha de cada revelación.
- Nombre y dirección de la organización o de la persona que recibió la PHI.
- Breve descripción de la información revelada.
- Breve declaración del propósito de la revelación que le informa razonablemente la justificación de la

AVISO DE ATOS MEDICAL INC. SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

revelación o, en lugar de tal declaración, una copia de su autorización por escrito o una copia del pedido de la revelación por escrito.

Para pedir una explicación de las revelaciones, debe enviar un pedido por escrito que indique el período de tiempo que se inicia después del 13 de abril de 2003 que recaiga dentro de los seis años anteriores a la fecha de su petición. La primera explicación que se dé dentro de un período de 12 meses no tendrá costo; para peticiones posteriores, nos reservamos el derecho de cobrar un cargo razonable basado en los costos.

Revocar su consentimiento. Tiene el derecho de revocar su consentimiento o autorización para usar o revelar información médica, salvo hasta donde hayamos actuado basados en el consentimiento o la autorización.

Pedir una copia de este aviso. Tiene el derecho de obtener una copia impresa de este Aviso, aun si ya ha aceptado recibir este Aviso electrónicamente. Puede pedir una copia de este Aviso en cualquier momento. Además, puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web www.atosmedical.us.

Pedir comunicaciones confidenciales.

Tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted de cierta manera en relación con sus asuntos de salud. Admitiremos sus peticiones razonables.

Nuestras responsabilidades según la norma federal de privacidad Además de concederle sus derechos, según se detalla arriba, la norma federal de privacidad exige que tomemos las siguientes medidas:

- Mantener la privacidad de su información médica, incluyendo la implementación de resguardos físicos, administrativos y técnicos razonables y adecuados para proteger la información.
- Darle este Aviso en cuanto a nuestros deberes legales y prácticas de privacidad en relación con la información médica que pueda identificarlo individualmente que recolectemos y mantengamos sobre usted.
- Regirnos por los términos de este Aviso.
- Capacitar a nuestro personal en cuanto a la privacidad y la confidencialidad.
- Implementar una política de sanciones para disciplinar a aquellas personas o entidades que infrinjan la privacidad, la confidencialidad o nuestras políticas con respecto a ese tema.

- Atenuar (disminuir el daño de) cualquier infracción de la privacidad/confidencialidad.
- No usaremos ni revelaremos información médica sin su consentimiento ni autorización, salvo según se describe en este aviso o que lo exija de otra manera la ley.
- Estos incluyen la mayoría de los usos o las revelaciones de notas de psicoterapia, comunicaciones de mercadeo y ventas de PHI. Otros usos y otras revelaciones no descritas en este aviso se harán únicamente con su autorización por escrito.

Para más información o para presentar una queja Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o desea más información concerniente a sus derechos de privacidad, comuníquese con el director de Cumplimiento de Privacidad de Atos Medical llamando al **+1.800.217.0025**. Nuestro objetivo es siempre darle la más alta calidad de servicio, así que recibimos gustosamente sus comentarios.

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante Atos o en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los Estados Unidos. No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Para presentar una queja ante Atos, comuníquese con el director de Cumplimiento de Privacidad de Atos Medical llamando al **+1.800.217.0025**.

Cambios a este aviso Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso y de poner en vigor las disposiciones revisadas o nuevas del Aviso para toda la información médica sujeta a identificación individual que Atos ya haya recibido y que mantenga, y toda la PHI que recibamos en el futuro. Si cambiamos nuestras prácticas de información, le daremos una copia del Aviso revisado, si la pide.



Lista de comprobación de documentos importantes

- **Formulario de servicios para los pacientes** (rellenado y firmado por usted)
- **Formulario de receta** (completado y firmado por su médico/persona que receta) Pida a su médico que, con cada nueva receta, envíe el **expediente médico** de su última consulta clínica en el último año.
- **Copias legibles de TODAS las tarjetas de seguros médicos** (parte de adelante y de atrás), incluyendo seguro primario y secundario.

Envíe todos los documentos a:

Por correo electrónico: documents.us@atosmedical.com

Por correo: Atos Medical Inc., Attn: Patient Services
2801 South Moorland Road, New Berlin, WI 53151-3743

**No dude en comunicarse con nosotros.
Siempre estamos dispuestos a ayudarlo.**

Atos Medical Inc

2801 South Moorland Road
New Berlin, WI 53151-3743 USA
Tel: +1 800 217 0025
Fax: +1 844 389 4918
Email: info.us@atosmedical.com
Web: www.atosmedical.us

Atos
Breathing-Speaking-Living

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | |
|--|----------------------------------|-----------------|----------------|--|
| PRIMER NOMBRE* | INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO* | | SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino |
| CALLE* | | | | ¿MEDICARE? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| CIUDAD* | | ESTADO* | CÓDIGO POSTAL* | IDIOMA (SI NO ES ESPAÑOL) <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Otro _____ |
| FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)* | CORREO ELECTRÓNICO | | | MÉTODOS ACTUALES PARA EXPRESARSE VOCALMENTE <input type="radio"/> Prótesis para la voz Provox <input type="radio"/> Otras prótesis para la voz <input type="radio"/> Habla esofágica <input type="radio"/> Dispositivo de manos libres <input type="radio"/> Electrolaringe <input type="radio"/> Otro _____ |
| TELÉFONO* | TELÉFONO MÓVIL | | | |
| NOMBRE DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA | TELÉFONO DEL MÉDICO | FAX DEL MÉDICO | | |
| NOMBRE DEL CLÍNICO | TELÉFONO DEL CLÍNICO | FAX DEL CLÍNICO | | |
| FECHA DE LA OPERACIÓN (MM/DD/AAAA) | FECHA DE LA PUNCIÓN (MM/DD/AAAA) | | | ¿MEJOR HORA PARA COMUNICARNOS? <input type="radio"/> 8am-11am <input type="radio"/> 11am-1pm <input type="radio"/> 1pm-4pm <input type="radio"/> 4pm-7pm |

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO/CAIDADOR IMPORTANTE: Atos no tiene permitido comunicarse con nadie en su nombre sin autorización. Si no quiere designar un representante, agregue N/A a los campos obligatorios.

Designo al o a los Representantes autorizados indicados abajo a quienes he elegido para que me ayuden en el manejo de mi cuenta con Atos Medical Inc. (Atos) en mi nombre. Autorizo a Atos a intercambiar mi información de salud protegida con esta o estas personas. Entiendo que puedo actualizar o revocar mi lista de representantes autorizados en cualquier momento al enviar una petición por escrito.

| | | | |
|---|--------------------------|-----------|---------------------|
| REP. AUTORIZADO/CAIDADOR 1 (NOMBRE/APELLIDO)* | RELACIÓN CON EL PACIENTE | TELÉFONO* | CORREO ELECTRÓNICO* |
| REP. AUTORIZADO/CAIDADOR 2 (NOMBRE/APELLIDO) | RELACIÓN CON EL PACIENTE | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |

ESTA PETICIÓN Y AUTORIZACIÓN SE APLICA A TODA LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI CUENTA, A MENOS QUE SE ESPECIFIQUE:

INFORMACIÓN DE SEGUROS Envíe copias por correo postal o por fax del frente y detrás de su o sus tarjetas de seguros a Atos Medical Inc., ATTN: Patient Services. Si no tiene seguro, agregue N/A a los campos obligatorios.

| | | | |
|--|----------------------------------|--|----------|
| NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIMARIA* | N.º DE PÓLIZA* | N.º DE GRUPO* | TELÉFONO |
| NOMBRE DEL ASEGURADO* | FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) | RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO | |
| NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIA* | N.º DE PÓLIZA* | N.º DE GRUPO* | TELÉFONO |
| NOMBRE DEL ASEGURADO* | FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) | RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO | |

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

IMPORTANTE: Debe marcarse la casilla para recibir cualquier comunicación por correo electrónico o teléfono.

| | |
|---|---|
| Marcar <input type="checkbox"/> | Al marcar esta casilla y firmar este formulario, usted expresa su acuerdo en recibir comunicaciones telefónicas, por escrito y electrónicas de Atos por teléfono, correo, correo electrónico o información del perfil de las aplicaciones electrónicas que haya dado, incluyendo información relacionada con sus productos y pedidos. Para los propósitos de mercadeo, usted también hace la petición para recibir de Atos promociones, actualizaciones de productos e información de la compañía. Notifiquenos si no quiere recibir tales comunicaciones y no usaremos ni revelaremos su información para estos fines. |
|---|---|

ACEPTACIÓN DEL PACIENTE

Acepto que he recibido una copia del Manual de servicios para pacientes que contiene la Declaración de derechos y responsabilidades de los pacientes, el Acuerdo de servicio para pacientes, el Aviso de prácticas de privacidad (Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud, HIPAA), Pedido de suministros para laringectomía y Para entender sus beneficios de los seguros. Comprendo la información y acepto los términos. Si hay algún Poder para atención médica (Healthcare Power of Attorney, HCPOA) implementado, el apoderado puede firmar en lugar del Paciente. Si un paciente es menor, el padre o la madre o el tutor debe firmar en lugar del Paciente.

| | | |
|---|----------------------|-------|
| FIRMA DEL PACIENTE* | FECHA* | |
| FIRMA DEL APODERADO DESIGNADO POR EL HCPOA/PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR (SI CORRESPONDE) | RELACIÓN AL PACIENTE | FECHA |

| | |
|-----------------------|-------|
| Solo para uso interno | ACCT# |
|-----------------------|-------|