

Atos

Manual de servicios para pacientes

Información importante, incluyendo el **Acuerdo de servicios para los pacientes** y el **Aviso sobre prácticas de privacidad** de Atos Medical Inc.





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

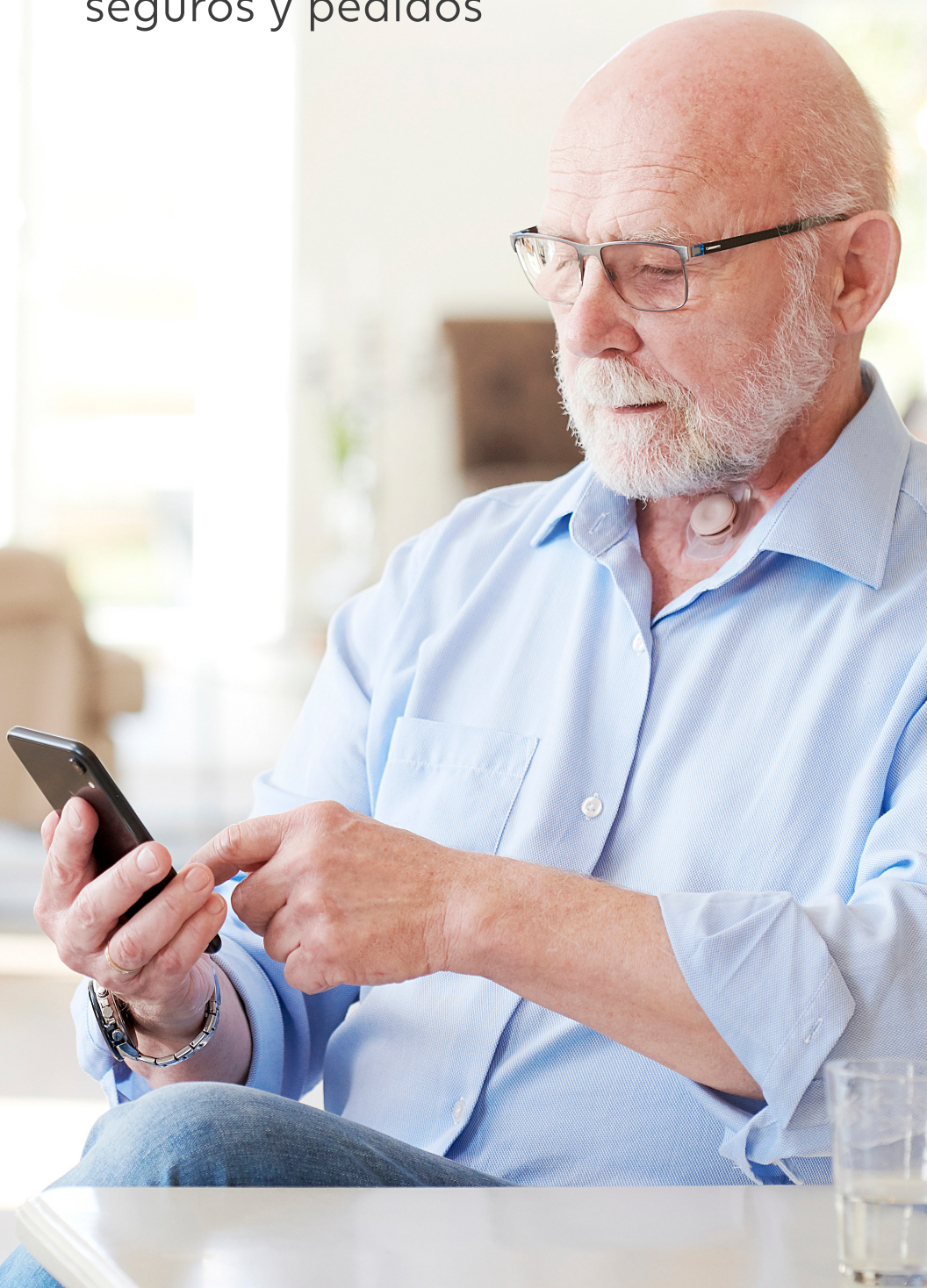
Parte uno: 4 Información sobre seguros y pedidos

- 5 ¿Cómo podemos ayudar?
- 7 Pedir suministros para una laringectomía
- 10 Comprender los beneficios de su seguro

Parte dos: 12 Información sobre privacidad y para el paciente

- 13 Declaración de derechos y responsabilidades de los pacientes
- 15 Estándares para proveedores de equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros (DMEPOS)
- 18 Acuerdo de servicios para los pacientes
 - Autorización para seguros y PHI
 - Responsabilidades económicas y del plan de uso
 - Alquiler de productos
 - Garantía de productos
 - Mercadería devuelta
 - Queja formal y quejas sobre productos
 - Preparación para emergencias
- 22 HIPAA y Aviso de prácticas de privacidad

Información sobre seguros y pedidos





Apreciamos mucho que sea nuestro cliente. Ahora que ya es cliente de Atos Medical, queremos contarle sobre los servicios complementarios que tenemos disponibles para usted.

Seguros y facturación

Atos Medical facilita la presentación de reclamos de seguros ofreciendo el servicio de envío y seguimiento de estos. No pedimos el pago en el momento de su pedido (se aplican algunas exclusiones). Enviaremos sus productos mientras nuestro equipo experto y conocedor de reembolsos se esfuerza por conseguir la aprobación de su reclamo. Recibirá un estado de cuenta en el que se reflejará el saldo adeudado después de que su seguro haya pagado su parte. Según el plan de seguro, es posible que podamos ofrecer pedidos convenientes de 90 días.

Ayuda clínica y técnica

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

Ayuda bilingüe

Si usted es un profesional o paciente que prefiere comunicarse en español, llame a nuestra línea de servicios al cliente al +1.800.217.0025, seleccione la opción en español. Nuestros intérpretes bilingües están disponibles para ayudar a los clientes que hablan español, lunes a viernes, de 8:00 a. m. - 5:00 p. m., hora del Centro. Llámenos.

Comunidad

La comunidad de laringectomía es un grupo singular y resiliente de personas junto con sus cuidadores, familias y proveedores de atención médica. Atos Medical se compromete a apoyar a esta comunidad y aportar maneras de establecer conexiones para obtener oportunidades educativas, intercambiar consejos valiosos y compartir vivencias.

Atos Medical ofrece una variedad de eventos diseñados para aportar apoyo, consejos/técnicas, recursos importantes, información de productos y una oportunidad para socializar con colegas, virtualmente o en persona. El hecho de establecer conexión con otros puede ser una herramienta beneficiosa en su continua recuperación y capacidad para aprovechar su vida al máximo.

Visite nuestro sitio web **www.atosmedical.us/resources/getting-started**
Aquí encontrará recursos, como:

- Consejos de cuidado
- Videos sobre cómo proceder
- Recursos de emergencia
- Documentos y formularios
- Listado de seguros
- Recursos en español
- Eventos de MyLife

Haga clic en **Eventos de MyLife** para obtener más información sobre eventos para cada etapa de su proceso.



PEDIDO DE SUMINISTROS PARA LARINGECTOMÍA

7



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 (PSF)** Este aporta importante información demográfica y de seguros. Con él usted reconoce haber recibido y comprendido la información incluida en este folleto. Puede nombrar 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** Su médico/proveedor que receta lo completa y firma. Si tiene seguro, este nos permite buscar cobertura de reembolso por medio de su plan. Las recetas son válidas hasta por un año y deben renovarse anualmente.
 - **Expediente médico** Su médico/proveedor que receta también lo debe completar y enviar con cada receta nueva. Pida que su médico envíe copias del **expediente médico**, incluyendo notas de las visitas en el consultorio por procedimientos quirúrgicos y de continuidad, relacionadas con las necesidades de suministros para laringectomía.
 - **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 DELANTE y DE ATRÁS de cada tarjeta de seguro de todos sus planes de seguro. Recuerde enviar nuevas copias anualmente o si cambia su seguro.
- 2 Lea, complete y firme el PSF y devuélvalo a Atos Medical con las copias de sus tarjetas de seguro.** Pida a su médico/proveedor que receta que envíe el formulario de receta y el expediente médico.
- 3 Hay varias maneras de presentar los documentos:**
 - **Por correo electrónico**
Envíelos a **documents.us@atosmedical.com**, que está encriptado para su seguridad.
 - **Electrónicamente**
Puede pedir que le envíen cualquiera de los documentos de arriba a su dirección de correo electrónico para completarlo por medio de un sistema seguro de firma electrónica.
 - **Por correo postal**
Atos Medical Inc., Attn: Patient Services
5000 South Towne Drive, Suite 200
New Berlin, WI 53151-7956



Comuníquese inmediatamente con nuestro equipo de Servicio al Cliente (Customer Service) si hay algún cambio en su cobertura de seguros.

Firmando el Formulario de servicios para pacientes, usted nos autoriza a comunicarnos con su compañía de seguros.

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. Nuestro equipo de seguros trabajará para sacar el máximo provecho de sus beneficios de seguros. Sabemos lo difícil que puede ser entender su seguro médico. Sepa que no es el único que se siente así y que Atos Medical está aquí para ayudarlo! Si tiene preguntas sobre seguros, contáctenos de Lunes a Viernes, de 8:00am a 5:00pm CT, al + 1.800.217.0025 y seleccione la opción "Representante de Seguros".

COMPRENDER SUS BENEFICIOS DEL SEGURO

Medicare

Si tiene Medicare tradicional, Atos puede enviar su reclamo a Medicare. Los beneficiarios de Medicare suelen ser responsables de pagar el 20 % de coseguro de la cantidad permitida de Medicare después de que haya cubierto su deducible de la Parte B de Medicare. Medicare pagará el 80 % restante. Si tiene una póliza suplementaria de Medicare, sus gastos de bolsillo pueden reducirse según el tipo de plan suplementario. Comuníquese con su compañía de seguros, dado que es su responsabilidad entender los beneficios específicos de la póliza para Equipo médico duradero (DME).

Para aprovechar las tarifas de Medicare, Medicare exige que tengamos un formulario completo de recetas por escrito antes de enviar su pedido.

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

Para todos los demás planes de seguro, se recomienda mucho que se comunique con su compañía de seguros antes de hacer su pedido. Es posible que se exija una autorización previa antes de hacer el pedido para determinar el estado de la red y la cobertura del artículo, y es posible que tenga un gasto de bolsillo aparte por Equipo médico duradero (DME) que deba cubrir. 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 aprobación previa 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.

P4: ¿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 generalmente es el 20 % de la cantidad permitida de Medicare.
- El costo de los servicios y suministros que Medicare no cubre, como costos por envío rápido.

P5: ¿Qué necesita Atos Medical para despachar los suministros para laringectomía?

Necesitamos completar el Formulario de servicios para pacientes, copias de la parte de delante y de atrás de sus tarjetas de seguros y su Formulario de receta con el expediente médico, incluyendo las notas de visita en el consultorio por procedimientos quirúrgicos y de continuidad, relacionados con las necesidades de suministros para laringectomía.

P6: ¿Dónde puedo conseguir estos formularios?

Puede obtener los formularios de servicios para pacientes y de receta por correo postal o en nuestro sitio web:

www.atosmedical.us/resources/documents-and-forms

O puede solicitar que se los envíen a su dirección de correo electrónico para completarlos electrónicamente a través de DocuSign, una herramienta Segura de firma electrónica.

P7: ¿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.

P8: ¿Necesito un formulario de autorización o de aprobación previa de mi compañía de seguros?

Los requisitos de autorización se determinarán en el momento de la verificación de beneficios que hace el equipo de seguros de Atos Medical una vez que se haya recibido su receta.

P9: Estoy en un centro de enfermería especializada, hopicio, trabajando con una agencia de atención médica a domicilio o actualmente hospitalizado. Puedo realizar un pedido?

Medicare y alguno seguros no permiten que Atos Medical les facture si usted recibe otros servicios Medicare al mismo tiempo. Comuníquese con su compañía de seguros antes de realizar el pedido para averiguar si esto le aplica.

P10: ¿Puedo pedir varias unidades del mismo producto o de productos similares al mismo tiempo?

Las compañías de seguros establecen límites específicos de utilización sobre diversos productos. La utilización se refiere a la frecuencia o a la cantidad de artículos que puede comprar en un plazo de tiempo dado. Es posible que Atos no pueda vender más que la cantidad aprobada de artículos que tengan el mismo código de facturación. Debe comunicarse con su compañía de seguros para averiguar qué cantidad se permite. Si se necesitan más suministros, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarlo coordinándonos con su médico para que actualice su formulario de receta y nos dé documentación clínica (notas médicas) para respaldar su necesidad médica.

Información sobre privacidad y para el paciente





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

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 Medical pueden revisar todo el material incluido en este folleto con el paciente y los cuidadores autorizados.

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.
- Recibir información sobre el alcance de los servicios que brindará la organización y las limitaciones específicas de dichos servicios a través de paquetes de admisión y/o herramientas de marketing.
- Ser informado de los derechos del cliente bajo la ley estatal para formular una directive anticipada.
- 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.
- Estar libre de malos tratos, negligencia o abuso mental, físico, sexual y verbal, y apropiación indebida de la propiedad del cliente.
- Expresar quejas o reclamos sobre el personal o de suministros sin

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

- restricciones, interferencia, coerción, discriminación ni represalias.
- Solicitar que se investiguen las quejas o reclamos relacionados con el tratamiento, la atención o la falta de respeto a la propiedad.
- Recibir información sobre las políticas y procedimientos de la agencia en relación con la divulgación de historiales clínicos.
- Elegir un proveedor de atención médica, incluyendo la elección de un médico tratante, si corresponde.
- 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 marcar el 911 siempre que surja una emergencia que ponga en peligro su vida.
- El paciente acepta notificar a Atos Medical sobre cualquier hospitalización, cambio en seguros del cliente, dirección, teléfono, médico o cuando ya no exista la necesidad médica de suministros.
- El paciente acepta solicitar que el pago de los beneficios autorizados de Medicare u otros seguros privados se haga directamente a Atos Medical por cualquier servicio prestado por Atos Medical.
- El paciente acepta toda la responsabilidad económica por el equipo médico para la casa y los suministros médicos entregados por Atos Medical.
- El paciente acepta que Atos Medical no será responsable ante el paciente por ninguna lesión personal relacionada con ningún equipo, incluyendo la causada por el uso o el funcionamiento inadecuado del equipo o por cualquier acto o actividad delictiva, guerra, disturbios, insurrección, incendio o caso fortuito.
- El paciente comprende que Atos Medical se reserva el derecho de rechazar la prestación del servicio a cualquier paciente en cualquier momento.
- El paciente se compromete a proporcionar información precisa y completa sobre asuntos que puedan afectar los productos o servicios de Atos Medical.
- El paciente se compromete a informar cualquier cambio inesperado en su estado de salud que pueda afectar los productos o servicios de Atos Medical.
- El paciente se compromete a mostrar consideración y respeto por los derechos del personal de Atos Medical al comunicarse con sus representantes.
- El paciente se compromete a usar y cuidar los productos según las instrucciones, y no a ceder su uso a terceros.
- El paciente acepta que cualquier cargo legal que se origine de un desacuerdo entre las partes lo deberá absorber la parte que no salga victoriosa en cualquier acción legal emprendida.

ESTÁNDARES PARA EL PROVEEDOR DE DMEPOS DE LOS CMS DE MEDICARE

Nota: Este documento es una versión abreviada de los estándares para el proveedor que cada proveedor de equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros (Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics and Supplies, DMEPOS) de Medicare debe cumplir para obtener y conservar sus privilegios de facturación. Estos estándares, en su totalidad, están en el título 42, artículo 424.57(c) del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).

1. Un proveedor debe cumplir todos los requerimientos de regulación y autorización federales y estatales aplicables.
2. Un proveedor debe dar información completa y precisa en la solicitud de proveedor de DMEPOS. Cualquier cambio a esta información se deberá informar a la Oficina de Información de Proveedores Nacional (National Supplier Clearinghouse) en un plazo de 30 días.
3. Un proveedor debe conseguir que una persona autorizada (cuya firma sea vinculante) firme la solicitud de inscripción para los privilegios de facturación.
4. Un proveedor debe surtir los pedidos de su propio inventario o tener un contrato con otras compañías para la compra de los artículos necesarios para surtir los pedidos. Un proveedor no debe celebrar un contrato con ninguna entidad que esté excluida del programa Medicare actualmente, con ningún programa estatal de atención médica ni con ningún otro programa federal de compra de suministros o de otro tipo.
5. Un proveedor debe informar a los beneficiarios de que pueden alquilar o comprar equipo médico duradero económico o de forma rutinaria y de que tienen la opción de comprar el equipo alquilado limitado.
6. Un proveedor debe informar a los beneficiarios de la cobertura de garantía y cumplir todas las garantías según la ley estatal aplicable, y reparar o reemplazar gratis los artículos con cobertura de Medicare que estén en garantía.
7. Un proveedor debe mantener una instalación física en un lugar apropiado y debe tener un letrero visible con el horario de atención. El lugar debe ser accesible para el público y tener personal durante el horario de atención publicado en el letrero. El lugar debe tener 200 pies cuadrados como mínimo y espacio para guardar registros.
8. Un proveedor debe permitir que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) o sus agentes hagan inspecciones en el lugar para verificar que el proveedor cumpla estos estándares.

ESTÁNDARES PARA EL PROVEEDOR DE DMEPOS DE LOS CMS DE MEDICARE

9. Un proveedor debe mantener un teléfono comercial principal bajo el nombre de la empresa en una guía telefónica local, o una línea gratis en un servicio de directorio. Está prohibido el uso exclusivo de un bíper, una máquina contestadora, un servicio de contestador o un teléfono móvil durante las horas de atención publicadas.
10. Un proveedor debe tener un seguro de responsabilidad contra todo riesgo de una cantidad de \$300,000 como mínimo que cubra las oficinas del proveedor y a todos los clientes y empleados del proveedor. Si el proveedor fabrica sus propios artículos, ese seguro también debe cubrir la responsabilidad por el producto y las operaciones completas.
11. Un proveedor tiene prohibido la solicitud directa de beneficiarios de Medicare. Para obtener información completa sobre esa prohibición, lea el título 42, artículo 424.57 (c) (11) del CFR.
12. Un proveedor es responsable de entregar los artículos con cobertura de Medicare y debe instruir a los beneficiarios en el uso de dichos artículos y guardar pruebas de la entrega y las instrucciones que le dio al beneficiario.
13. Un proveedor debe responder las preguntas y contestar las quejas de los beneficiarios y documentar tales contactos.
14. Un proveedor debe mantener, reemplazar y reparar gratis, de forma directa o mediante un contrato de servicio con otra compañía, cualquier artículo con cobertura de Medicare que haya alquilado a los beneficiarios.
15. Un proveedor debe aceptar que los beneficiarios devuelvan artículos de calidad inferior (menor que la calidad más alta para el artículo en particular) o inapropiados (inadecuados para el beneficiario en el momento cuando lo probó y lo alquiló o lo compró).
16. Un proveedor debe divulgar estos estándares a cada beneficiario al que le suministre un artículo con cobertura de Medicare.
17. Un proveedor debe divulgar cualquier persona que tenga interés de propiedad, económico o de control en el proveedor.
18. Un proveedor no debe transferir o reasignar el número de proveedor; por ejemplo, el proveedor no debe vender o permitir que otra entidad use su número de facturación de Medicare.
19. Un proveedor debe tener un protocolo de resolución de quejas establecido para tratar las quejas de los beneficiarios sobre estos estándares. Debe mantener un registro de estas quejas en la instalación física.
20. Los registros de queja deben incluir el nombre, el domicilio, el número de teléfono y el número de reclamo del seguro médico del beneficiario, un resumen de la queja y todo lo que se hizo para resolverla.
21. Un proveedor debe aceptar darle a los CMS cualquier información que exijan los estatutos y las regulaciones de Medicare.

22. Una organización de acreditación con aprobación de los CMS debe acreditar a todos los proveedores para que reciban y conserven un número de facturación de proveedor. En la acreditación debe decir los productos y servicios específicos para los que el proveedor está acreditado para recibir el pago por aquellos productos y servicios específicos (excepto por ciertos productos farmacéuticos exentos).
23. Todos los proveedores deben informar a su organización de acreditación cuando se abra una nueva instalación de DMEPOS.
24. Todas las instalaciones de proveedores, propias o subcontratadas, deben cumplir los estándares de calidad de DMEPOS y estar acreditados por separado para facturar a Medicare.
25. Todos los proveedores deben divulgar en su inscripción todos los productos y servicios, incluyendo la incorporación de nuevas líneas de productos para los que estén buscando la acreditación.
26. Un proveedor debe cumplir los requerimientos del bono de garantía especificados en el título 42, artículo 424.57 (d) del CFR.
27. Un proveedor debe obtener oxígeno de un proveedor de oxígeno que tenga autorización del Estado.
28. Un proveedor debe mantener la documentación de los pedidos y las referencias según las disposiciones del título 42, artículo 424.516(f) del CFR.
29. Un proveedor tiene prohibido compartir una instalación de trabajo con otros proveedores y abastecedores de Medicare.
30. Un proveedor debe permanecer abierto al público por un mínimo de 30 horas por semana, excepto los médicos (según se define en el artículo 1848(j) (3) de la Ley), los fisioterapeutas y los terapeutas ocupacionales o un proveedor de DMEPOS que trabajen con aparatos ortopédicos y prótesis a medida.

Los productos o servicios que le dé Atos Medical Inc. están sujetos a los estándares para el proveedor contenidos en las regulaciones federales descritas en el título 42, artículo 424.57(c) del CFR. Estos estándares abarcan asuntos comerciales profesionales y operacionales (por ejemplo, el cumplimiento de las garantías y del horario de atención). El texto completo de estos estándares está en www.ecfr.gov. A pedido, le daremos una copia impresa de los estándares.

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

Entiendo que firmando el Formulario de servicios para pacientes acepto este Acuerdo de servicios para los pacientes. Me informaron sobre el equipo médico duradero y los suministros disponibles. Autorizo que Atos Medical Inc. (Atos), según la instrucción del médico que receta, proporcione suministros médicos según lo recetado por el médico.

Estándares para proveedores de DMEPOS

Los productos o servicios que le proporcione Atos Medical Inc. están sujetos a los estándares para el proveedor incluidos en las reglamentaciones federales descritas en el Título 42, Sección 424.57(c), del Código de Reglamentos Federales. Estos estándares se ocupan de cuestiones comerciales profesionales y operacionales (por ejemplo, el cumplimiento de las garantías y del horario de atención). Vea la página 15 para obtener una lista de los Estándares para proveedores de DMEPOS. También puede pedir otra copia.

Cesión de beneficios/Autorización para pago/Cambio de seguro

Por este medio cedo todos los beneficios y pagos sobre los reclamos cedidos para que se hagan directamente a Atos Medical por cualquier suministro médico que me den. Autorizo que Atos Medical consiga dichos beneficios y pagos en mi nombre. Entiendo que, como cortesía, Atos Medical facturará a Medicare u otras fuentes financiadas a nivel federal y otros pagadores y aseguradoras que den cobertura. Entiendo que soy el responsable de dar toda la información de seguros necesaria con antelación. Debo reportar a Atos Medical cualquier cambio en la póliza, plan o compañía de seguros en el plazo de 30 días a partir del cambio.

Atos Medical me ha informado sobre la necesidad médica de los servicios recetados por el médico.

Comprendo que, si los servicios no se consideran razonables ni necesarios, es posible que se deniegue el pago y yo seré totalmente responsable de este. Atos Medical recibe el pago de Medicare sobre los reclamos cedidos.

Revelación de información

Por este medio, pido y autorizo a Atos Medical, al médico que receta, al hospital y a cualquier otra persona o entidad que tenga información pertinente para el servicio, a que revele información, cuando se pida, a Atos Medical, a cualquier fuente pagadora, médico o cualquier otro personal médico o agencia que esté relacionada con mis suministros. También autorizo a Atos Medical a que revise la historia médica y la información del pagador para darme los suministros médicos. Con la presentación de mi información del seguro, autorizo que Atos Medical comience el proceso de verificación necesario para confirmar mis beneficios del seguro para equipo médico duradero.

También acepto que puedo designar uno o varios representantes autorizados de mi elección para que me ayuden a manejar mi cuenta con Atos Medical en mi nombre. Si así lo designo, autorizo que Atos Medical intercambie mi Información médica protegida con esos representantes. Si hay algún documento designado de Poder de atención médica (HCPOA) vigente y se lo ha activado (al paciente se lo declaró incapaz de tomar decisiones médicas y dos médicos han completado un Certificado de incapacidad [COI]), el agente del HCPOA puede presentar una copia del POA y del COI a Atos Medical para el expediente del paciente, y el agente puede trabajar con Atos Medical en nombre del paciente.

Responsabilidad económica

Comprendo y acepto que soy el responsable del pago de todo importe que pueda adeudarse por los servicios prestados. Soy responsable de todos los costos, independientemente del pagador. Estos importes incluyen, entre otros, todos los deducibles, copagos, requisitos de gastos de bolsillo y servicios no cubiertos. Si por cualquier motivo y hasta cualquier grado, Atos Medical no recibe el pago de la fuente pagadora, por este medio acepto pagar a Atos Medical la totalidad del saldo en el plazo de 30 días a partir de la recepción de la factura. Soy responsable de todos los costos, incluyendo los costos por cobro y todos los honorarios de abogados.

Comprendo que los beneficios que citan Atos Medical o mis compañías de seguros no son una garantía de pago. Si yo recibo algún pago que se adeude a Atos Medical, por este medio acepto endosar tales pagos y enviarlos directamente a Atos Medical. 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 mediante 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 Medical.

Alquileres de productos

Los beneficiarios pueden alquilar o comprar equipo médico duradero económico o comprado de rutina. Atos Medical NO proporciona equipo alquilado o alquilado con límite. Comuníquese con Atos Medical para obtener más información de si esto se aplica a los productos que reciba de Atos Medical.

Información sobre garantía de los productos

Se tiene información sobre la garantía disponible en nuestro sitio web o se puede proporcionar cuando se pida.

Mercadería devuelta

Entiendo que cualquier producto devuelto debe cumplir la política

de Mercadería devuelta de Atos Medical, en la que se menciona que el producto debe devolverse en una condición de sellado y cumpliendo las siguientes directrices:

- Para recibir el crédito o un intercambio, la condición de sellado incluye, entre otros, que el producto devuelto no se haya abierto, que esté en el empaque sellado original y que el empaque/ contenido no esté alterado. Eso incluye que ni el producto ni la caja del producto tengan daño físico, ni nada adherido ni escrito en la caja del producto.
- Atos acepta devoluciones que hagan los beneficiarios de producto por debajo del estándar (menos de la calidad total para el producto en particular) o de producto no idóneo (no apropiado para el beneficiario en el momento en que se vendió).
- Atos Medical se reserva el derecho de rechazar o negarse a hacer cualquier devolución/intercambio, si se determina que el empaque se ha alterado de alguna manera.
- No se considerará para devolución ningún producto que esté en posesión del paciente más de 90 días.
- No se aceptarán devoluciones sin la autorización previa de Atos Medical. Para obtener información de cómo devolver el producto correctamente, comuníquese con Atos Medical llamando al +1.800.217.0025.
- Una vez que el proceso de devolución inició, Atos Medical debe recibir el producto en el plazo de 30 días; de lo contrario, se cancelará la devolución.
- El paciente avisará a Atos Medical en el plazo de 10 días hábiles si no se recibió un pedido.
- Después de 30 días del envío, Atos Medical no puede investigar ya ninguna discrepancia de envío para dar reemplazo o crédito.
- Atos Medical recomienda mucho el uso de una empresa de transporte respetable, capaz de dar constancia de entrega. También se recomienda el correcto embalaje y un seguro completo para el envío de la devolución.

ACUERDO DE SERVICIOS PARA LOS PACIENTES

- Los cargos por envío no son reembolsables y el cliente es responsable del riesgo de pérdida en todos los envíos de devoluciones.
- Atos Medical se reserva el derecho de cambiar o enmendar este proceso en cualquier momento.

Reporte de queja formal

Atos Medical se compromete a prestar a todos los pacientes el más alto nivel de servicio. Comprendo que, si no estoy satisfecho con mi experiencia como paciente, puedo presentar una queja formal/una queja sin preocuparme por represalias, discriminación ni interrupción no razonable del servicio. Atos Medical se compromete a investigar todas las quejas formales y a dar una solución a los pacientes.

Para presentar una queja formal, llame al +1.800.217.0025 y hable con un representante de Servicio al Cliente. También puede enviar una queja formal por correo postal escribiendo a:

Atos Medical Inc.
5000 South Towne Dr, Suite 200
New Berlin, WI 53151-7956

Además de los procedimientos de queja mencionados arriba, si no recibe una resolución satisfactoria de nuestra parte, puede comunicarse con su proveedor de seguros o con nuestra organización acreditadora, ACHC, al 1-919-785-1214, o por llamada sin costo al 855-937-2242.

Si es un beneficiario de Medicare, puede comunicarse con Medicare al 1-800-633-4227. Para obtener más información de contacto para las agencias estatales y locales aplicables, visite <https://www.cms.gov/medicare/health-safety-standards/quality-safety-oversight-general-information/contact-information>.

Acepto que me informaron del procedimiento para reportar una queja formal.

Queja sobre productos

Atos se compromete a priorizar siempre la seguridad y la calidad de

los productos, desde la etapa inicial de diseño hasta el final del ciclo de vida del producto. Comprendo que, si no estoy satisfecho con un producto de Atos Medical, puedo enviar una queja del producto, sin preocuparme por represalias, discriminación ni interrupción no razonable del servicio. Acepto que me informaron del procedimiento para reportar una queja. Para hacer una queja sobre productos, llame al +1.800.217.0025 y hable con Servicio al Cliente. Una queja sobre productos iniciará una investigación. Si corresponde, Atos Medical puede pedir que se devuelva el producto, o la parte no usada del producto, para la investigación. Se deberá avisar al paciente de los resultados de la investigación y darle una respuesta. Los resultados pueden trasladarse por medio de una llamada, un mensaje de correo electrónico o por correo postal. Para todos los productos de Atos Medical AB (Suecia), una respuesta puede demorar entre seis y ocho semanas.

Plan de servicio

Acepto usar estos dispositivos y suministros de traqueostomía o laringectomía solamente con el método recetado por mi proveedor de atención y de acuerdo con las instrucciones de uso (IFU) del fabricante.

Seguros

Entiendo que Atos Medical NO es mi compañía de seguros; sin embargo, autorizo a Atos Medical a que me ayude a guiarme en el proceso, verifique mi cobertura de beneficios, presente mis reclamos, analice la importancia de mis suministros de laringectomía con mi seguro y tome medidas para ayudarme con mi reclamo de seguro y para intermediar ante mi compañía de seguros; y, de ser necesario, ayudarme a obtener las Cartas de autorización o las Excepciones de interrupción de la cobertura. Si Atos Medical no puede lograr que mi seguro cubra mis suministros de Atos Medical, autorizo a Atos Medical a que me busque otro proveedor de equipo médico duradero.

Preparación para emergencias

Si hubiera alguna emergencia climática que pudiera afectar la capacidad de Atos Medical de atender sus operaciones de manera segura, es posible que nuestras oficinas estén cerradas por uno (1) o más días. Cuando tengamos una emergencia climática inminente que pudiera afectar nuestra capacidad de despacharle su envío, intentaremos agilizar el envío de su pedido previo a la emergencia climática. Si se está cambiando de lugar ya sea temporal o permanentemente debido a una emergencia climática, denos su nueva dirección tan pronto como le sea posible, para que podamos enviarle su producto al lugar correcto.

Si nuestras oficinas cierran debido a una emergencia climática, trasladaremos los teléfonos principales a nuestra fuerza laboral que trabaje a distancia. Los clientes pueden dejar un mensaje que nuestro personal recuperará. Una vez que haya pasado la emergencia climática, Atos Medical volverá a abrir y reanudará las operaciones normales. Haremos un seguimiento de todos los mensajes de voz que nos dejen y le enviaremos sus suministros tan pronto como nuestros servicios de entrega estén operativos en nuestra área.

Horario e información de contacto

Lunes a viernes, 8:00 a. m. – 5:00 p. m., CST llamando al +1.800.217.0025.

Ayuda bilingüe

Si usted es un profesional o paciente que prefiere comunicarse en español, llame a nuestra línea de servicios al cliente al +1.800.217.0025, seleccione la opción en español. Nuestros intérpretes bilingües están disponibles para ayudar a los clientes que hablan español, lunes a viernes, de 8:00 a. m. – 5:00 p. m., hora del Centro. Llámenos.

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 específicos de su PHI

Lo siguiente es una lista de las diversas maneras en las que podemos usar o revelar su PHI.

- **Personas que participan 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 participe en su atención.
- **Emergencias.** Podemos usar o revelar su PHI según sea 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 están comprometidos a mantener la confidencialidad de esta información.
- **Actividades de salud pública.** Podemos revelar su PHI para actividades de salud pública. Estas actividades pueden incluir hacer reportes a una autoridad de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; denunciar abuso o negligencia infantil, o comunicar nacimientos y muertes.
- **Reportar de 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 reportar 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 evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad.** Cuando sea necesario para 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 PHI, limitando las revelaciones a quien 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. También podemos revelar información en respuesta a una citación, un pedido de descubrimiento de pruebas u otro proceso judicial; se deben hacer todos los esfuerzos por comunicarse con usted para pedir u obtener una orden o un acuerdo que proteja la información.
- **Fuerzas del orden público.** Podemos revelar su PHI para ciertos fines de ejecución de la ley, incluyendo, por ejemplo, cumplir requisitos de preparación de informes; cumplir una orden de un tribunal, una orden de restricción o un proceso judicial similar; o para responder ciertos pedidos de información relacionados con delitos.
- **Investigación.** Podemos usar o revelar su PHI para la investigación, si se han revisado y aprobado los aspectos de privacidad de la investigación, si el investigador está recogiendo 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, un examinador médico, un director de funeraria o, si usted es donador de órganos, a una organización relacionada con la donación de órganos y tejidos.
- **Ayuda por catástrofes.** Podemos revelar su PHI a una organización de ayuda por catástrofes.

- **Fuerzas armadas, veteranos y otras funciones específicas del gobierno.** Si usted 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 la seguridad nacional o según se necesite para proteger al Presidente de los Estados Unidos o ciertos otros representantes, o para desarrollar ciertas investigaciones especiales.
- **Compensación de los trabajadores.** Podemos usar o revelar su PHI para cumplir las leyes relacionadas con la compensación a trabajadores o programas similares.
- **Reclusos/En custodia de las fuerzas del orden público.** Si usted está en custodia de un oficial del orden público o en una institución correccional, podemos revelar su PHI a la institución o al oficial para determinados propósitos, incluyendo su salud y seguridad y la 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

AVISO DE ATOS MEDICAL INC. SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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 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

AVISO DE ATOS MEDICAL INC. SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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 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.

- Regírnos 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.



En Atos Medical, nos apasiona hacerles la vida más fácil a las personas que viven con un estoma en el cuello dándoles atención personalizada y soluciones innovadoras.

Atos Medical Inc.



Documentos importantes que debe enviarnos

- ☐ **Formulario de servicios para los pacientes** (completado y firmado por usted)
- ☐ **Formulario de receta** (su médico/proveedor que receta lo completa y firma.)
- ☐ **Expediente médico** (su médico/proveedor que receta lo completa y lo envía con su receta) Pida al proveedor que receta que incluya el expediente médico, incluyendo notas de las visitas en el consultorio por procedimientos quirúrgicos y de continuidad relacionadas con las necesidades de suministros por laringectomía, con cada receta nueva.
- ☐ **Copias legibles de TODAS las tarjetas de seguros médicos** (parte de delante y de atrás) incluyendo seguro primario y secundario

Envíe todos los documentos a:

Por correo electrónico: documents.us@atosmedical.com

Por correo postal: Atos Medical Inc., Attn: Patient Services
5000 South Towne Drive, Suite 200
New Berlin, WI 53151-7956

**No dude en comunicarse con nosotros.
Siempre estamos para ayudarlo.**

Atos Medical Inc

5000 South Towne Dr, Suite 200
New Berlin, WI 53151-7956 USA

Tel: +1 800 217 0025

Fax: +1 844 389 4918

Email: info.us@atosmedical.com

Web: www.atosmedical.us

Atos

PRIMER NOMBRE*	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO*	SEXO ☐ Masculino ☐ Femenino
CALLE*			¿MEDICARE? ☐ Sí ☐ No
CIUDAD*	ESTADO*	CÓDIGO POSTAL*	IDIOMA (SI NO ES ESPAÑOL) ☐ Inglés ☐ Otro _____
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)*	CORREO ELECTRÓNICO		MÉTODOS ACTUALES PARA EXPRESARSE VOCALMENTE ☐ Prótesis para la voz Provox ☐ Otras prótesis para la voz ☐ Habla esofágica ☐ Dispositivo de manos libres ☐ Electrolaringe ☐ 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? ☐ 8am-11am ☐ 11am-1pm ☐ 1pm-4pm ☐ 4pm-7pm

REPRESENTANTES/CUIDADORES DESIGNADOS Atos puede compartir mi información con las personas que haya designado abajo (si no hay, escriba "N/A"). Entiendo que puedo actualizar o revocar mi consentimiento para compartir mi información en cualquier momento.

REP./CUIDADOR 1 (NOMBRE/APELLIDOS)*	RELACIÓN CON EL PACIENTE	TELÉFONO*	CORREO ELECTRÓNICO*
REP./CUIDADOR 2 (NOMBRE/APELLIDOS)	RELACIÓN CON EL PACIENTE	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
ATOS PUEDE COMPARTIR MI INFORMACIÓN CON ESTOS REPRESENTANTES/CUIDADORES DESIGNADOS, 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, atención 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	

DECLARACIONES DE CONSENTIMIENTO

- ☐ Atos y sus proveedores de servicios pueden enviar mensajes de marketing automatizados o pregrabados, incluyendo llamadas y mensajes de texto, a mis teléfonos ya proporcionados. El consentimiento a mensajes automatizados de marketing por teléfono no es una condición para obtener servicios de atención médica. Es posible que se apliquen tarifas por mensajes y datos.
- ☐ Atos y sus proveedores de servicios pueden enviar mensajes de facturación y pagos automatizados o pregrabados, incluyendo llamadas y mensajes de texto, a mis teléfonos ya proporcionados. El consentimiento a mensajes automatizados de facturación por teléfono no es una condición para obtener servicios de atención médica. Es posible que se apliquen tarifas por mensajes y datos.

ACEPTACIÓN DEL PACIENTE

Reconozco haber recibido el Manual de servicios para pacientes, con el que estoy de acuerdo, que contiene la Declaración de derechos y responsabilidades de los pacientes, el Aviso de prácticas de privacidad (HIPAA), Cómo pedir suministros de laringectomía, Cómo entender sus beneficios del seguro y el Acuerdo de servicios para pacientes que incluye otras secciones sobre los estándares para proveedores de DMEPOS; las responsabilidades económicas, de seguros y del plan de servicio; y los procedimientos sobre quejas/quejas formales de clientes y productos, alquileres de productos, devolución de mercadería, garantías de productos y preparación para emergencias. Comprendo la información y acepto todos estos términos. Si hay algún Poder de atención médica (HCPOA) implementado, el apoderado puede firmar en lugar del paciente. Si un paciente es menor, el padre/madre o el tutor debe firmar en lugar del paciente.

FIRMA DEL PACIENTE*	FECHA*	
FIRMA DEL APODERADO SEGÚN EL HCPOA/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL (SI CORRESPONDE)	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA

Solo para uso interno ACCT#