

Acuerdo y reconocimiento del paciente (“Acuerdo”)

Nombre del paciente: (Sujeto) _____ Padre/Tutor/Agente Autorizado: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Dirección: _____ Número de teléfono: _____

1. Consentimiento para recibir servicios y reconocimientos: Entiendo que tengo derecho a elegir la farmacia que utilizo para recibir mis recetas y servicios profesionales. Acepto que BioMatrix Specialty Pharmacy, LLC, incluida cualquier subsidiaria, división o unidad comercial afiliada bajo control o propiedad común, incluidos, entre otros, FFP, LLC también con el nombre de BioMatrix Specialty Pharmacy FL; FFP Acquisition II, LLC también con el nombre de BioMatrix Specialty Pharmacy TN; BiologicTx, LLC también con el nombre de BioMatrix Specialty Pharmacy NJ; Injectable Therapy Services, Inc. también con el nombre de BioMatrix Specialty Pharmacy CA; K&K Rx Services, LP también con el nombre de BioMatrix Specialty Pharmacy PA; Decillion Healthcare, LLC también con el nombre de BioMatrix Pharmacy OH; e Infucare, Ltd., colectivamente “Farmacia”). Usted autoriza a la Farmacia a trabajar con sus otros proveedores de atención médica mientras le presta servicios.

Reconozco que:

- He recibido una copia de los folletos para el paciente que contienen los Derechos y Responsabilidades del Paciente, las Normas para Proveedores de DMEPOS (Equipo Médico Duradero, Prótesis, Órtesis y Suministros) y la Información de Emergencia. He recibido la monografía del producto e instrucciones para hacer un seguimiento con la Farmacia si es necesario. He tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que tenga con respecto a estos documentos y a los servicios que recibiré en general.
- Entiendo que la ley estatal prohíbe la reutilización o reventa de los artículos recetados una vez entregados. Por lo tanto, los productos no pueden devolverse para obtener crédito.
- Entiendo que puedo presentar una queja sin temor a represalias, venganzas, discriminación o interrupción injustificada del servicio.
- Entiendo que es mi responsabilidad utilizar los productos suministrados según lo prescrito por mi médico y ponerme en contacto con la Farmacia o con mi médico si tengo alguna pregunta.
- Entiendo que es mi responsabilidad informar a la Farmacia de cualquier cambio en mis datos personales como dirección, número de teléfono, etc.
- Entiendo que estoy obligado a notificar a la Farmacia si se produce algún cambio en mi seguro, como la finalización de la cobertura, el cambio de prestaciones, el cambio de pagador o cualquier notificación que reciba en relación con el impago de reclamaciones.

2. Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad: Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad que describe los posibles usos y divulgaciones de mi información médica privada o “PHI” y los derechos de privacidad. Puedo revisar el NPP en cualquier momento visitando: <https://www.biomatrixsprx.com/about/new-patient-welcome-packet>

3. Cesión de prestaciones: Por la presente cedo y transfiero a la Farmacia todos y cada uno de los derechos a recibir el pago de las prestaciones del seguro. La cesión de beneficios incluye productos farmacéuticos, equipo médico duradero, atención médica domiciliar, enfermería y otros beneficios que de otro modo me serían pagaderos por productos o servicios proporcionados por la Farmacia. Esta cesión cubre todas las prestaciones de Medicare, otros programas estatales y federales patrocinados por el gobierno, seguros privados y cualquier otro plan de salud. Entiendo que este documento constituye una cesión legal vinculante y no una mera autorización para cobrar prestaciones en mi nombre. Autorizo y ordeno a mí(s) compañía(s) de seguros o pagador(es) o un agente de Farmacia toda la información relativa a las prestaciones de mi seguro y al estado de las reclamaciones presentadas por la Farmacia. Entiendo que los pagos pueden ser enviados por mi proveedor de seguros directamente a mí; sin embargo, estoy de acuerdo en que cuando reciba dichos pagos los presentaré sin demora a la Farmacia para el pago de mi factura.

4. Responsabilidad financiera. Entiendo que la cobertura de mi seguro puede cubrir sólo una parte de la factura total o puede no existir cobertura. Entiendo además que soy responsable de todos los cargos no cubiertos o denegados, tanto si los servicios se prestaron antes como si se prestan después de la fecha de firma de este Acuerdo. Acepto que, si se deniega una reclamación, asumiré toda la responsabilidad de los cargos presentados. Si no asumo la responsabilidad de dichos cargos o no remito el pago como he acordado, cualquier cantidad debida y adeudada a la Farmacia, puede ser entregada a una agencia de cobros. Entiendo y acepto que también puedo estar sujeto a un cargo financiero del 18% por año o la cantidad máxima permitida por la ley aplicable, la que sea menor; honorarios legales; y cualquier otro cargo(s) incurrido al intentar cobrar dicho pago. Autorizo, designo y cedo a la Farmacia como mi representante personal (o el del Paciente) para llevar a cabo todas las reclamaciones que surjan en virtud de la legislación estatal y federal (incluidas las reclamaciones que surjan en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA)) y además cedo todos los derechos y privilegios otorgados bajo mi plan de beneficios de salud (o el del Paciente) independientemente de la fuente pagadora. Entiendo que esta cesión de derechos, beneficios y reclamaciones no me exime (ni al Paciente) de mis obligaciones de pagar a la Farmacia cualquier cargo no cubierto por esta cesión o no pagado por el seguro o las prestaciones de salud. Entiendo y reconozco que tanto si firmo como representante como si soy el Paciente, soy responsable y garantizo el pago de cualquier cargo incurrido por medicamentos, suministros o servicios proporcionados por la Farmacia. Autorizo a la Farmacia y a sus cesionarios a solicitar un informe crediticio del consumidor a una o más agencias de informes crediticios del consumidor y a verificar otra información crediticia. La Farmacia y sus cesionarios pueden utilizar el informe crediticio para cualquier fin que autorice la ley aplicable en relación con cualquier cargo en el que incurra, incluidos, entre otros, (i) para autenticar mi identidad; y (ii) para tomar decisiones crediticias. Entiendo que si mi saldo se vuelve seriamente moroso, la Farmacia puede tener que tomar medidas para ayudar en la gestión de mi cuenta. Esto incluye el uso de una agencia de cobros y posiblemente la terminación de los servicios. La Farmacia es sensible a mis necesidades y al creciente costo de los medicamentos recetados. La farmacia me anima a ponerme en contacto con uno de sus especialistas en cobros si tengo problemas de pago llamando al 877-337-3002, opción 5.

También reconozco lo siguiente:

- Acepto participar y ayudar a la Farmacia y a sus representantes designados con cualquier apelación administrativa y/o proceso de litigio necesario para ejercer los derechos concedidos en el presente documento, incluido, entre otros, el cobro del pago por el tratamiento y los servicios prestados a cualquier tercero pagador.
- Nombro a la Farmacia con un poder limitado para actuar como mi representante y en mi nombre en cualquier procedimiento que pueda ser necesario para hacer valer mis derechos incluyendo, pero no limitado a, la búsqueda de pago de, o en contra de cualquier tercero Pagador que surja bajo la ley Estatal o Federal (incluyendo una reclamación ERISA) en relación con todo el tratamiento médico y que yo (o el Paciente) tengo o recibiré de la Farmacia.
- En caso de que haya un pago en exceso en mi cuenta, se enviará un cheque de reembolso al pagador que haya efectuado el pago en exceso.
- La Farmacia tendrá derecho al importe íntegro de sus gastos sin compensación ni reducción.

- Entiendo y acepto que esta autorización tendrá efecto continuo desde mi tratamiento médico inicial (o el del Paciente) durante el tiempo que esté siendo tratado o atendido por la Farmacia y constituirá una autorización continua, mantenida en los archivos de la Farmacia, que autorizará y permitirá el pago directo a la Farmacia de todos los beneficios de seguro aplicables y elegibles para todos los tratamientos, servicios o suministros y/o cuidados subsiguientes y continuos que me proporcione la Farmacia y otorgará todos los derechos adicionales aquí previstos.
- Se enviará una copia de esta autorización a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, a mi(s) compañía(s) de seguros o a otra entidad médica, si así lo solicitan. La autorización original será archivada por la Farmacia.

5. Forma de pago: El pago de los deducibles, copagos y coaseguros debe efectuarse en el momento de la prestación de los servicios, salvo que se acuerde de otra manera por adelantado. La Farmacia acepta efectivo, cheques, Visa, MasterCard, American Express, tarjetas de débito y giros bancarios directos. Se cobrará un cargo por servicio de \$25.00 por todos los cheques devueltos. Si el importe del cheque más el cargo por servicio no se abona en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la notificación, su cuenta estará sujeta a gastos de cobro adicionales, a los tipos de interés permitidos por el estado y/o a sanciones.

6. Envíos perdidos o dañados: Notification of all claims for a lost or damaged shipment must be made to the Pharmacy within one business day of the shipping date and/or receipt of delivery. Original shipping carton and contents of a damaged shipment must be retained for inspection.

7. Indemnización: El Paciente acuerda indemnizar a la Farmacia por cualquier costo, cargos financieros, costo de cobranza, honorarios legales, honorarios de llenado, costo judicial, incluyendo honorarios de abogados, y honorarios de informes de crédito en los que incurra la Farmacia en virtud de la cobranza al Paciente debido al incumplimiento de sus obligaciones descritas en este Acuerdo.

8. Elección de la ley, jurisdicción y competencia personal: En la medida permitida por las leyes estatales o federales, este Acuerdo, su validez, ejecución y todas las demás disputas que surjan en virtud del mismo se regirán y determinarán por las leyes del Estado de Florida, excluyendo su conflicto de disposiciones legales. Consiento irrevocablemente a la jurisdicción de cualquier tribunal de jurisdicción competente en el condado de Broward, Florida, como foro para la resolución de cualquier reclamación o acciones que surjan de o estén relacionadas con este Contrato o los productos y servicios descritos en el mismo, y por la presente renuncia a presentar objeciones a la competencia de dicho tribunal, a la defensa de foro inconveniente en dicho tribunal y a la defensa de falta de jurisdicción personal de dicho tribunal a menos que, a opción de la Farmacia, elija presentar recursos legales en el tribunal de jurisdicción competente y competencia en el estado y condado en el que el Paciente reside o ha recibido servicios de la Farmacia. **El objetivo de la Farmacia es proporcionar atención farmacéutica de tal manera que se evite cualquier disputa de este tipo. Sabemos que la mayoría de los problemas comienzan con la comunicación. Por lo tanto, si tiene alguna pregunta sobre su atención, no dude en preguntarnos.**

9. Normas para proveedores de DMEPOS de Medicare CMS: Si corresponde, acuso recibo de las Normas para proveedores de Medicare y tuve la oportunidad de hacer preguntas y expresar inquietudes. Se me ha informado de que puedo alquilar o comprar equipos médicos duraderos baratos o adquiridos de forma rutinaria, y de la opción de compra de equipos de alquiler con límite (en los que Medicare pagará una cuota mensual de alquiler durante un período no superior a 13 meses, tras el cual la propiedad del equipo se transfiere al beneficiario de Medicare. Una vez que la propiedad del equipo se transfiere al beneficiario de Medicare, es mi responsabilidad organizar cualquier servicio o reparación necesaria del equipo). Como beneficiario de Medicare (si procede) se me ha notificado la cobertura de la garantía. La Farmacia respetará todas las garantías en virtud de la legislación estatal aplicable, y reparará o sustituirá gratuitamente los equipos cubiertos por Medicare que estén en garantía.

10. Material Educativo: Acuso recibo de los materiales educativos, que me han sido explicados, y de todos los equipos, medicamentos y suministros proporcionados por la Farmacia. Si corresponde, se realizó una evaluación de seguridad en el hogar durante el proceso de admisión y se me entregaron los materiales de precauciones de seguridad correspondientes.

11. Consulta farmacéutica: Entiendo que un farmacéutico puede ponerse en contacto conmigo para hablar sobre mi terapia farmacológica. Además, entiendo que un farmacéutico familiarizado con mis servicios de terapia está a mi disposición las 24 horas del día si tengo alguna pregunta y que se puede comunicar conmigo llamando al número de teléfono que figura en la hoja de contacto de la farmacia adjunta.

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

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

13. Instrucciones previas: Un documento de voluntades anticipadas es su forma de comunicar a los profesionales de salud y a su familia sus decisiones sobre la atención de salud y el derecho a aceptar o rechazar servicios. Entiendo que la Ley Federal de Autodiscriminación del Paciente de 1990 exige que se me informe de mi derecho a tomar decisiones sobre la atención de salud por mí mismo. Entiendo que puedo expresar mis deseos en un documento llamado Voluntad Anticipada para que se conozcan mis deseos cuando no pueda hablar por mí mismo. Si usted tiene una Voluntad Anticipada, por favor entréguela a la Farmacia.

14. Consentimiento y Privacidad TCPA: Al proporcionar mi número de teléfono y mi firma a continuación, autorizo a la Farmacia y a sus agentes, representantes, afiliados u otras personas que llamen en nombre de la Farmacia a realizar o hacer que se realicen llamadas telefónicas de ventas, mensajes de voz y mensajes de texto al número que he indicado anteriormente. Esto incluye el uso de un sistema automatizado para la selección y marcación de números de teléfono, llamadas de voz automatizadas, o la reproducción de un mensaje grabado cuando se complete la conexión a mi número, o la transmisión de mensajes de voz pregrabados. Estas llamadas y mensajes pueden referirse a mi receta médica, incluidos recordatorios, facturación, envío, logística, satisfacción del paciente y otros mensajes relacionados con la farmacia, así como otra información relacionada con mi salud, que puede incluir llamadas o mensajes telefónicos de ventas. Además, doy mi consentimiento para que se reproduzcan mensajes automatizados o pregrabados cuando se conteste al teléfono, ya sea por mí o por otra persona. Las llamadas telefónicas pueden ser controladas o grabadas con fines de calidad y de otro tipo. El consentimiento para tales llamadas y mensajes de texto no es una condición para recibir los servicios. Asimismo, entiendo que se aplican tarifas estándar de mensajes y datos a dichas llamadas y mensajes.

Acepto avisar inmediatamente a la Farmacia cuando deje de utilizar un número de teléfono determinado. Responda STOP para no recibir más mensajes de texto. No estoy obligado a firmar directa o indirectamente este acuerdo por escrito ni a aceptarlo como condición para adquirir cualquier propiedad, bien o servicio.

15. Intercambio de información de salud. La Farmacia participa en CommonWell Health Alliance, un servicio que permite a una red de proveedores de servicios de salud identificarle, enviar y recibir de forma segura su información médica y ayudar a garantizar que sus proveedores tengan acceso en tiempo real a su información. Autorizo a la Farmacia a compartir mi información, incluida mi información médica y personal, con CommonWell Health

Alliance con el fin de permitir que mis proveedores de atención médica me proporcionen atención y/o tratamiento. Puede optar por no hacerlo en cualquier momento poniéndose en contacto con la Farmacia por escrito en privacy@biomatrixsprx.com.

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

Al firmar a continuación, certifico que soy el paciente, tutor o representante autorizado del paciente, que la Farmacia me ha proporcionado la información arriba mencionada y que estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para recibir servicios de la Farmacia de conformidad con los términos de este Acuerdo.



Firma del paciente (si es mayor de 18 años) o del representante legal* Fecha de la firma
Relación del representante con el paciente: _____



Nombre del paciente o del representante legal
¿El paciente es menor de edad? Sí No

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA CON FINES COMERCIALES

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

Yo, el abajo firmante, autorizo a BioMatrix Specialty Pharmacy, LLC, junto con sus subsidiarias y afiliadas, incluyendo pero no limitado a FFP, LLC también con el nombre de BioMatrix Specialty Pharmacy FL; FFP Acquisition II, LLC también con el nombre de BioMatrix Specialty Pharmacy TN; BiologicTx, LLC; BioMatrix Specialty Pharmacy NJ, K&K Rx Services, LP también con el nombre de BioMatrix Specialty Pharmacy PA, Decillion Healthcare, LLC también con el nombre de BioMatrix Specialty Pharmacy OH; Injectable Therapy Services, Inc. también con el nombre de BioMatrix Specialty Pharmacy CA, e Infucare LTD (en lo sucesivo denominadas "la Farmacia"), a utilizar y divulgar mi información médica, incluida la información médica protegida ("información médica"), para los fines que se indican a continuación, tal y como exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud ("HIPAA") y otras leyes estatales y federales sobre privacidad.

INFORMACIÓN QUE SE UTILIZARÁ Y DIVULGARÁ, DESTINATARIO Y FINALIDAD

Autorizo a la Farmacia a utilizar y divulgar mi información de prescripción, información de contacto, información de identificación personal, resúmenes de gastos médicos, información de reclamaciones de prescripción, información financiera relativa a mis servicios e información dentro de un Conjunto de Registros Designados (registro médico completo mantenido por la Farmacia) con fines de marketing por el que la Farmacia puede recibir un pago directo o indirecto de un tercero.

EXPIRACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Mi autorización para permitir el uso o divulgación de mi información médica entrará en vigor en la fecha de la firma, a continuación, y expirará un año después de la fecha de mi última recepción de servicios de Farmacia, a menos que la ley exija una terminación anterior.

- Entiendo que la firma de este formulario es voluntaria y que tengo derecho a revocar esta autorización, excepto en la medida en que la Farmacia ya haya usado o divulgado la información sobre mi salud en virtud de esta autorización. Entiendo que puedo revocar mi autorización en cualquier momento notificando **por escrito** mi revocación a la Farmacia a: Privacy Officer, 855 SW 78th Ave, #C200; Plantation, FL 33324.
- Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios no estarán condicionados a si firmo o no esta autorización.
- Entiendo que la información médica utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de nueva divulgación por parte del destinatario de mi información médica y puede dejar de estar protegida por la normativa estatal o federal en materia de privacidad.
- Se me proporcionará una copia de esta autorización si la solicito. Puedo solicitar una copia de esta autorización mediante [insertar proceso (por ejemplo, presentando la solicitud por escrito a la Farmacia con atención a: Privacy Officer, 855 SW 78th Ave, #C200; Plantation, FL 33324.



Firma del paciente (si es mayor de 18 años) o del representante legal* Fecha



Nombre del paciente o representante legal

Autoridad legal: Seleccione una

padre/madre tutor legal pariente más cercano/ejecutor del difunto Poder notarial de asistencia médica activado