

INFORMACION GENERAL			
Nombre del Residente			Fecha de Nacimiento
Nombre Tutor o Encargado: Apellidos	Nombre	Inicial	# ID con Foto
Dirección Física del Tutor:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Correo Electrónico	Celular	Teléfono Alternativo	
PREFERENCIAS DE FACTURACION			
De usted no establecer una preferencia para ser notificado para autorización de despacho, nosotros utilizaremos nuestro límite estándar de \$10.00 por medicamento. Si usted desea cambiar este límite, lo puede hacer en cualquier momento llamando a nuestro departamento de servicio al 787-705-7400. Deseo se me notifique el deducible por medicamento, siempre que se exceda de: \$ _____ por Medicamento individual Se me va a pedir autorización para despachar el medicamento por medio de: ☐ llamada ☐ mensaje de texto al (_____) _____ y el mismo no será despachado hasta tanto lo autorice¹.		Deseo recibir las facturas por: ☐ Portal de Internet / Factura Electrónica ☐ Dirección Postal a continuación: Dirección Dirección Ciudad Estado Zip code	

EL PACIENTE O SU TUTOR ENCARGADO DEBE COMPLETAR ESTE FORMULARIO PREVIO A RECIBIR SU PRIMER CICLO COMPLETO. Medplus está comprometido en proveerle el mejor cuidado a su familiar y estamos en la mejor disposición de aclarar cualquier duda con relación a los cargos por nuestros servicios.

- **ESTADOS** – Medplus asigna un ciclo de facturación a cada cliente. Usted recibirá un estado de cuenta cada 4 semanas y debe de estar preparado para pagar el mismo. De usted no poder pagar el estado en su totalidad, Medplus se reserva el derecho de cancelar futuros despachos y referir su cuenta a una agencia de cobros. Entendemos que pueden surgir circunstancias fuera del control de nuestros clientes y de usted encontrarse en una situación donde no pueda realizar el pago de los servicios prestados, es sumamente importante que se comunique con nuestro departamento de cuentas por cobrar al 787-705-7400 para asegurar que no se interrumpa el despacho de medicamentos. Es su responsabilidad comunicarse con nosotros para tratar de lograr un acomodo, un cambio en tratamiento o plan de pago que pueda facilitar la carga financiera asociada con el tratamiento del paciente. Medplus puede requerir el pago de ciertos servicios previo a realizar y entregar los mismos. En estos casos, usted recibirá una llamada de orientación. Usted es responsable del pago de los cargos incurridos por esta cuenta. De ser necesario referir la cuenta a alguna agencia de cobros, usted será responsable de los gastos de cobro que incurramos como resultado de dicha acción.
- **DEDUCIBLES (COPAGOS)** – Las leyes y estatutos federales y estatales nos requieren cobrar los co-pagos designados por su compañía de seguros. Nosotros no determinamos dicho copago – el mismo es fijado por su compañía de seguro con cada despacho. El pago del mismo se espera con prontitud después de que reciba su estado de cuenta. Medplus se reserva el derecho de suspender el servicio a cualquier cuenta que no efectúe el pago de los deducibles designados por la compañía de seguros.
- **MEDICAMENTOS CASH** - cualquier producto o servicio que no esté cubierto por su plan médico será facturado como un servicio cash y será sujeto a cualquier impuesto que corresponda.
- Nuestra política de privacidad y protección de información bajo la ley HIPAA está disponible en www.medpluspr.com. Al firmar este acuerdo usted da su consentimiento a la sustitución de medicamentos por su bio-equivalente al menos que su médico indique lo contrario. Usted autoriza a Medplus a utilizar y compartir la información protegida del residente, incluyendo su foto, con la institución donde reside.

Su firma a continuación constituye aceptación de lo anterior descrito.

Firma del Encargado o Garantizador: _____ Fecha: _____

¹ De no recibir una respuesta con relación a un tratamiento de naturaleza urgente, Medplus, luego de consultar con la institución, podrá tomar la decisión de realizar el despacho previo a recibir su contestación.

Nombre de paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Autorizo a Medplus a utilizar y divulgar la información de salud protegida descrita abajo a las siguientes personas, o clases de personas:

Nombre y Apellido: _____ Relación: _____

Nombre y Apellido: _____ Relación: _____

Fecha que cubrirá esta autorización: _____

Nota: Es importante que en esta sección coloque las fechas que comprendan el periodo de servicios objeto de la autorización. Por ejemplo, si usted necesita información de su cuenta durante "X" año, deberá colocar en la fecha de inicio: *1 de enero de XXXX* y en la fecha de finalización: *31 de diciembre de XXXX*. **Medplus divulgará únicamente la información solicitada en la autorización que cubra el periodo que coloque en estas fechas.**

Fecha de Inicio _____ Fecha de Finalización _____

Autorizo a Medplus a (Favor de solo seleccionar una (1) de las opciones):

- ☐ Divulgar expediente completo
☐ Divulgar estados de cuenta (facturas) por los medicamentos despachados (Favor completar Parte B del formulario)
☐ Otro (Favor especificar): _____

El propósito de esta autorización es (Favor de solo seleccionar una (1) de las opciones):

- ☐ A petición mía o de representante personal ☐ Otro: _____

Seleccionar y completar cómo desea recibir los documentos solicitados (Favor de solo seleccionar una (1) de las opciones):

- ☐ Correo Postal: _____
☐ Correo electrónico (email): _____
☐ Fax: _____

Al firmar este documento:

1. Entiendo que, tengo derecho a revocar mediante una notificación escrita al Departamento de Cumplimiento esta autorización. La revocación de la autorización tendrá efectos prospectivos y no afectará las acciones que Medplus realizó durante la vigencia de la autorización.
2. Entiendo que, por virtud de la presente autorización, Medplus podrá divulgar mi Información de Salud Protegida y/o recibida por personas o entidades que no están sujetas a las leyes de privacidad de la Ley de HIPAA y, por consiguiente, mi información pudiera perder la protección provista por leyes estatales o federales.
3. Entiendo que, esta autorización excluye información que Medplus podrá compartir según permitido por la Ley de HIPAA para tratamiento, pago y operaciones.
4. Entiendo que, al firmar este documento, autorizo a MedPlus a divulgar mi información según descrito anteriormente.

Nombre de Paciente o tutor: _____ Relación: _____

Firma de Paciente o tutor: _____ Fecha: _____

Nota: Si esta autorización es firmada por un representante personal/tutor a nombre del paciente, debe presentar evidencia (certificado médico o poder notarial específico para Información de Salud Protegida o designación de tutor por tribunal con competencia) que le autoriza a firmar y completar la información). Debe presentar identificación del representante/tutor y del paciente, de lo contrario el formulario no será válido.

Favor de enviar el formulario completado a Medplus A+ Pharmacy través de:

Email:
rx@medpluspr.com

Dirección Postal:
282 Ave. Jesús T. Piñero, Suite 200C
San Juan, PR 00927

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA PETICIÓN LUEGO DE SER FIRMADA