

Baker Orthotics and Prosthetics

Motivo de su visita: _____ Izquierda Derecha

Nombre: (Apellido) _____ (Primer) _____ (I.M.N.) _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Sexo: M F # Social: _____ - _____ - _____

Estado Civil (Circule Uno): C D V S Otro # Teléfono de Casa: (____) _____ - _____

de Celular: (____) _____ - _____ Otro #: (____) _____ - _____

Dirección: _____ Email: _____

Ciudad/Estado: _____ / _____ Código Postal: _____

Jubilado Discapacitado Desempleado Estudiante Empleado Medio Tiempo Empleado Tiempo Completo Otro: _____

Lugar de Empleo: _____ # de Teléfono: (____) _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ / _____ Código Postal: _____

En caso de Emergencia: _____ Parentesco: _____ # de Teléfono: (____) _____ - _____

Nombre de: Cónyuge/Padre/Guardián: _____ # de Teléfono: (____) _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ / _____ Código Postal: _____

Amigo cercano/pariente que no reside con usted: _____ # de Teléfono: (____) _____ - _____

Es su lesión relacionado al: TRABAJO ACCIDENTE DE AUTO OTRA RAZÓN: _____

Si "TRABAJO" llena lo siguiente: Fecha de Lesión: ___/___/___ # de Reclamo: _____

Nombre de la Empresa al lesionarse: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ / _____ Código Postal: _____

de Teléfono: (____) _____ - _____ Supervisor o contacto de la empresa: _____

Nombre del Seguro de Compensación: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ / _____ Código Postal: _____

Nombre del Ajustador: _____ # de Teléfono: (____) _____ - _____

NOSOTROS COBRAMOS SU SEGURO PARA SU CONVENECIA. VERIFICACION DE BENEFICIOS O PRE-AUTORIZACIÓN NO GARANTIZA PAGO DE UN RECLAMO. DEJAMOS UN PERIODOD DE SEIS SEMANNAS PARA QUE SU SEFGURO PAGUE, LUEGO EL COBRO EN TOTAL ES SU RESPONSABILIDAD. ¡GRACIAS DE ANTE MANO POR SU COOPERACION!

INFORMACION DE SEGURO:

¿Cómo espera pagar su porción? Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito (Tipo: _____)

Seguro Primario: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ / _____ Código Postal: _____

de Teléfono: (____) _____ - _____ # de Póliza: _____ # de Grupo del plan: _____

Nombre en la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Relación al asegurado: Propio Cónyuge Hijo # Social del asegurado: _____ - _____ - _____

Empresa del asegurado: _____

Seguro Secundario: _____
Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ / _____ Código Postal: _____
de Teléfono: (____) _____ - _____ # de Póliza: _____ # de Grupo del plan: _____
Nombre en la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Relación al asegurado: Propio Cónyuge Hijo # Social del asegurado: _____ - _____ - _____

Médico que lo refirió: _____ # de Teléfono: (____) _____ - _____

Médico primario: _____ # de Teléfono: (____) _____ - _____

Diagnóstico de la enfermedad o lesión: _____ Izquierda Derecha

Fecha de inicio: ____/____/____ **Altura:** _____ **Peso:** _____ **¿Es usted diabético? Sí No**

Médico tratando su diabetes: _____ # de Teléfono: (____) _____ - _____

¿Ha recibido un aparato o cualquier otro tipo de órtesis o prótesis directamente relacionado a esta condición en el pasado? SÍ NO Si la respuesta es afirmativa, cuando: ____/____/____ por favor explique que usa, y de quien lo recibió: _____

Certifico que lo anterior es verdadero y exacto: _____ **Fecha:** ____/____/____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo solicito pago de beneficios autorizados de Medicare u otro tercer pagador se harán a Baker O&P Enterprises Inc. ("Baker") por cualquier servicios provistos a mi por Baker. Autorizo a Baker a compartir cualquier información médica u otra información necesaria para procesar cualquier reclamo para pago de servicios provistos a mí por Baker. Así mismo sigo autorizando a Baker a compartir cualquier otra información específica necesaria por cualquier otro proveedor de salud atendiéndome para la condición médica específica relacionada a los servicios provistos a mí por Baker. Estoy de acuerdo en hacerme responsable de pago de cualquier cantidad no cubierta por mi plan de seguro o cualquier cantidad restante después que mi plan de seguro haya hecho pago, incluyendo todo los deducibles, co-pagos y coaseguro.

Firma del Beneficiario o Representante del beneficiario

Si el Representante del beneficiario, escriba el parentesco y la razón porqué el beneficiario no puede firmar:

Fecha

Si el Representante, usted debe llenar su dirección completa:

Declaraciones de Derechos del Paciente / Cliente

Como un individual recibiendo servicios ortóticos y prostéticos de Baker Orthotics & Prosthetics, dejase saber y que se entienda que usted tiene los siguientes derechos:

1. A seleccionar quien le provea a usted servicios ortóticos y prostéticos.
2. A ser provisto con identificación legitima por cualquier persona o personas que entre su residencia a proveer servicios de cuidado en casa para usted.
3. A recibir el apropiado o servicio recetado en una manera profesional sin discriminación relativa a su edad, sexo, raza, religión, origen étnico, preferencia sexual o desventaja física o mental.
4. A ser recibido y tratado con amistadad, cortesía y respeto por cada individual representado nuestra Impresa que provea tratamiento o servicios para usted, y ser libre de negligencia o abuso ya sea físico o mental.
5. Ayudar en el desarrollo y planificación de su programa de salud que esta diseñado a satisfacer, a lo mejor que se pueda, sus necesidades.
6. A ser provisto con suficiente información del cual usted puede dar su autorización para iniciar el servicio, la continuación de servicio, la transferencia de servicio a otro proveedor de salud, o la discontinuación de servicio.
7. A expresar preocupaciones o quejas o recomendar modificaciones a su servicio de cuidado en casa sin temor de discriminación o represalias.
8. A pedir y recibir información completa y actual concerniente a su condición, tratamiento, tratamiento alternativo, o riesgos de tratamiento.
9. A recibir tratamiento y servicios dentro del ámbito de su plan de salud, puntualmente y profesionalmente, al estar plenamente informado en cuanto a nuestra política de impresa, procedimientos, y cargos.
10. A rechazar tratamiento, dentro de los límites puestos por la ley, y recibir información profesional concerniente a las ramificaciones o consecuencias que pueden o quizás resulten debido a tal rechazo.
11. A solicitar y recibir datos privadamente y en secreto con respecto a tratamiento o servicios o cargos.
12. A solicitar y recibir la oportunidad a examinar o revisar sus archivos médicos.

Yo he recibido y entiendo los derechos presentados a mí como un paciente/cliente.

Firma del Paciente/Cliente

Fecha

Signature of Practitioner

Date

Baker Orthotics and Prosthetics

Política de Servicio:

Nuestros servicios son provistos por profesionales que son autorizados y calificados a satisfacer sus necesidades individuales. Evaluación del paciente, consulta, diseño, aplicación, y ajustes que siguen que son exigidas por las pautas de Medicare de noventa (90) días son provistas a ningún costo adicional a usted al menos que haya un cambio en su condición física.

Usted es responsable por cualquier ajuste, modificación, o reparación después de los noventa días. Estos servicios pueden ser necesarios por razones tal como cambios a su cuerpo, estado de volumen o capacidad funcional, uso y desgaste, o daño. Usted también será responsable por cualquier cargo que puede ser necesario para reemplazar su aparato o un componente. En estos casos, nosotros honraremos cualquier garantía de fábrica que pueda existir para que su responsabilidad sea solo para cargos de labor. Si su seguro es pródigo por un asegurador de cuidado especializado (HMO, PPO, etc.) o Medicaid, quizás necesite obtener una receta de su medico.

Política de Devolución:

Nosotros haremos todo intento razonable para asegurar una aplicación apropiada y funcionamiento de un aparato de órtesis y prótesis que haya sido Hecho a su medida y/o aplicado a su medida. Debido al uso singular de estos aparatos que son hechos a su medida, devolución de productos no son aceptados. Mercancía que no son utilizados que son preempaquetadas pueden ser intercambiados o devuelto por crédito. Nos esforzamos por satisfacer sus expectativas y apreciamos la oportunidad para atender sus necesidades.

Firma del Paciente

Fecha Firmado

Nombre del Paciente (POR FAVOR ESCRIBE EN LETRAS DE MOLDE)

Firma de Padre/Guardián Legal/Representante del Paciente

Relación al Paciente

Padre/Guardián Legal/Representante del Paciente (ESCRIBE EN LETRAS DE MOLDE)

Notificación de Prácticas de Privacidad

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE

Uso y Divulgación

Tratamiento: Su información médica puede ser usada por los empleados o compartida a otros profesionales de cuidado de salud para el propósito de evaluar su salud, el diagnóstico de condiciones médicas, y proveer tratamiento. Por ejemplo, resultados de evaluaciones serán disponibles en su registro médico a todos los profesionales de salud quien pueden proveer tratamiento o quien pueden ser consultados por empleados.

Pago: Su información médica puede ser usada para obtener pago de su plan médico, de otras fuentes de cobertura tal como un asegurador automovilístico, o de compañías de tarjeta de crédito que usted puede usar para pagar los servicios. Por ejemplo, su plan médico puede pedir y recibir información sobre las fechas de servicio, los servicios provistos, y la condición médica siendo tratada.

Manejo de cuidado de salud: Su información médica puede ser usada como necesaria para apoyar las actividades diarias y el manejo de **Baker Orthotics & Prosthetics**. Por ejemplo, información sobre los servicios que usted recibió pueden ser usados para apoyar el presupuesto y el informe financiero, y actividades para evaluar y promover calidad.

Aplicación de la ley: Su información médica puede ser divulgada a agencias de la ley, sin su permiso, para apoyar intervenciones e inspecciones del gobierno, para facilitar investigaciones de ley, y para cumplir con el informe mandatorio del gobierno.

Reportando salud pública: Su información médica puede ser divulgada a agencias de salud pública tal requeridas por la ley. Por ejemplo, estamos requeridos a reportar ciertas enfermedades contagiosas al departamento de salud del estado. También podemos divulgar su información médica si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia en el hogar a las agencias apropiadas del estado autorizadas a recibir tal información.

Exigido por la ley: Sus archivos médicos pueden ser usados o divulgados a la medida que es exigido por la ley.

Otros usos y divulgaciones requiriendo su autorización. Divulgación de su información médica o uso de ello por cualquier propósito con excepción de éstos enumerados arriba requiere su autorización escrita. Si usted cambia de opinión después de autorizar el uso o divulgación de su información usted puede entregar una revocación escrita de la autorización. Sin embargo, su decisión a revocar la autorización no afectará o anulará cualquier uso o divulgación de información que haya ocurrido antes que usted nos haya notificado de su decisión.

Usos Adicionales de Información

Aviso de citas. Su información médica será usada por nuestro personal para mandarle aviso de citas.

Información sobre tratamientos. Su información médica puede ser usada para mandarle información sobre el tratamiento y manejo de su condición médica o nueva tecnología que usted puede encontrar que sea de su interés. Pudiéramos también mandarle información describiendo otros productos relacionados a salud y servicios que creamos que puedan interesarle.

Derechos del Individuo

Usted tiene ciertos derechos bajo las leyes federales de privacidad. Estos incluyen:

- ◆ el derecho a pedir restricciones sobre el uso y divulgación de su información de salud protegida
- ◆ el derecho a recibir comunicación confidencial concerniente a su condición médica y tratamiento
- ◆ el derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida
- ◆ el derecho a modificar o enviar correcciones a su información de salud protegida

- ◆ el derecho a recibir un registro de como y a quien su información de salud protegida ha sido divulgada
- ◆ el derecho a recibir una copia impresa de esta notificación

DEBERES DE BAKER ORTHOTICS & PROSTHETICS

Estamos requeridos por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida y de proveerle esta notificación de prácticas de privacidad.

También estamos requeridos a atenernos por las pólizas de privacidad y practicas que están delineadas en esta notificación.

EL DERECHO A MODIFICAR PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Tal permitido por ley, tenemos el derecho a enmendar o modificar nuestras pólizas de privacidad y practicas. Estos cambios en nuestras pólizas y practicas puede ser exigidas por cambios en las leyes y regulaciones federales y estatales. Cualquiera que sea la razón de estas revisiones, nosotros le proveeremos con una notificación revisada en su próxima cita. Las pólizas revisadas y prácticas serán aplicadas a toda información médica protegida que nosotros mantenemos.

SOLICITUDES A INSPECCIONAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEJIDA

Tal permitido por regulación federal, exigimos que solicitudes a inspeccionar o copiar información médica protegida sean presentadas en escrito. Puede obtener una forma para pedir acceso a sus archivos mediante contactando a [Mattie Stevens](#).

QUEJAS

Si desea enviar un comentario o una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede hacerlo mediante mandando una carta delineando sus inquietudes a:

Privacy Officer
[Baker Orthotics & Prosthetics](#)
[810 Lipscomb Street](#)
[Fort Worth, TX 76104](#)

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, debería dejarnos saber de este asunto mediante enviando una carta describiendo la causa de su inquietud a la misma dirección.

No será penalizado o no se le tomara represarías por enviar una queja.

FECHA DE VIGENCIA

Esta Notificación es efectiva en o después del 14 de abril del 2003.

QUEJAS

Tal como esta delineado abajo, quejas de privacidad de información de salud pueden ser enviadas al Secretary of DHHS y deberían ser dirigidas a el al OCR (Office for Civil Rights) oficina regional que es responsable de asuntos concerniente a la Regla de Privacidad surgiendo en el estado o jurisdicción donde la entidad esta localizada. Quejas también pueden ser enviadas mediante email a la dirección anotada abajo.

Donde Enviar Quejas Concernientes a Privacidad de Información de Salud

Para quejas incluyendo entidades localizadas en Arkansas, Louisiana, New Mexico, Oklahoma, o Texas: Region VI, Office for Civil Rights, Department of Health and Human Services, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202. Teléfono (214) 767-4056. FAX (214) 767-0432. TDD (214) 767-8940.

Para todas quejas enviadas por email, mande las a: OCRComplaint@hhs.gov.

PARA MÁS INFORMACIÓN CONTACTE A: Lester Coffey, Office for Civil Rights, Department of Health and Human Services, Mail Stop Room 506F, Hubert H. Humphrey Building, 200 Independence Avenue, SW., Washington, DC 20201. Número de Teléfono: (202) 205-872

Autorización Para Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

Uso y Divulgación de Su Información de Salud Protegida

Su información de salud será usado por Baker Orthotics & Prosthetics o compartida a otros para el propósito de tratamiento, obtener pago, o apoyar la política de cuidado diario de la salud. Esto incluye obtener información de salud protegida de entidades cubiertas (por ejemplo médicos, compañías de seguro medico, etc.) para tales propósitos.

Notificación de Practicas de Privacidad

Debería repasar la Notificación de Practicas de Privacidad para una explicación mas extensa de como su información de salud puede ser usada o compartida. Puede repasar la notificación antes de firmar esta autorización.

Solicitando una Restricción sobre el Uso o Divulgación de Su Información

Puede solicitar una restricción sobre el uso o divulgación de su información de salud.

Baker Orthotics & Prosthetics puede o no puede estar de acuerdo a restringir el uso o divulgación de su información de salud.

Si Baker Orthotics & Prosthetics concuerda con su petición, la restricción será enlazada sobre la oficina. Uso o divulgación de información protegida en violación de un acuerdo sobre restricción será una violación de las leyes federales de privacidad.

Revocación de Consentimiento

Puede revocar este consentimiento al uso y divulgación de su información de salud. Debe revocar este consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha sobre cual su revocación de consentimiento es recibida no será afectada.

Reservación del Derecho a Cambiar Practicas de Privacidad

Baker Orthotics & Prosthetics reserva el derecho a modificar las prácticas de privacidad que se delinea en el aviso.

Firma

Yo he revisado esta forma de consentimiento y doy mi permiso a Baker Orthotics & Prosthetics para usar y compartir mi información de salud en acuerdo a el.

Nombre del Paciente (Escriba en la Letra de Molde)

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Representante

Relación del Representante al Paciente

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo reconozco que he recibido una copia del Aviso de Privacidad de Prácticas para Baker Orthotics & Prosthetics.

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Fecha

Si Representante, escriba su nombre en letras de molde y relación:

UNABLE TO OBTAIN PATIENT'S SIGNATURE OF RECEIPT. COPY OF NOTICE WAS LEFT WITH PATIENT. THE REASON SIGNATURE WAS NOT OBTAINED:

Clinician's signature

Date

ENCUESTA DE SATISACCION DEL PACIENTE

Fecha: _____
Nombre del paciente (opcional): _____
Nombre de persona llenando encuesta (opcional): _____
Numero de Teléfono (opcional): _____ Edad del paciente: _____
Tipo de aparato usado (**requerido**): _____

Por favor califíquenos en una escala de 1-5 siendo **5 EXCELLENTE** y **1 MALO**, mediante circulando el número que sienta que es más apropiado.

1. Mi cita fue programada dentro de un tiempo razonable y la persona con quien yo hable fue cortes y servicial. **1 2 3 4 5**

2. Fui visto dentro de 15 minutos de mi cita y si no, la razón por la tardanza me fue explicada. **1 2 3 4 5**

3. Encontré la sala de espera y área de tratamiento limpias y en buen estado. **1 2 3 4 5**

4. Los servicios provistos a mi fueron entregados dentro de un tiempo razonable. **1 2 3 4 5**

5. Considerando las limitaciones, encontré la aplicación y la función de mi órtesis/prótesis satisfactoria. **1 2 3 4 5**

6. Encontré que mi órtesis/prótesis es adecuado para mis necesidades. **1 2 3 4 5**

7. La apariencia y la obra de mi órtesis/prótesis esta a mi satisfacción. **1 2 3 4 5**

8. El Ortesista/Protesista quien me proveo servicio fue muy versado y diestro. **1 2 3 4 5**

9. Sobre todo estuve satisfecho con la calidad de tratamiento que recibí. **1 2 3 4 5**

10. Recibí recomendaciones específicas y/o instrucciones sobre cuidado apropiado y uso de mi órtesis/prótesis. **SÍ NO**

11. Yo recomendaría Baker O & P a otros requiriendo tales servicios. **SÍ NO**

12. Por favor comente sobre su tratamiento en general y como podemos mejorar nuestros servicios.
(Por favor use el lado contrario si mas espacio es necesitado)

Yo quisiera hablar con alguien de su oficina sobre los servicios provistos.
(Por favor circule uno) **SÍ NO**

MEDICARE DMEPOS ESTANDARES PARA SUPLIDORES

Nota: Esta lista es una versión abreviada de los estándares para la certificación de la solicitud, que todo suplidor de Medicare DMEPOS debe reunir para obtener y retener sus privilegios para facturación. La lista de estos estándares en su totalidad está en 42 C.F.R. pt. 424, sec 424.57(c). El suplidor debe divulgar estos estándares a todos los clientes/pacientes que sean beneficiarios de Medicare (Estándar 16).

1. El suplidor deberá cumplir con toda licencia aplicable del Gobierno Federal y Estatal y con todo requerimiento regulatorio.
2. El suplidor deberá proveer información completa y actualizada en la solicitud para suplidor de DMEPOS. Cualquier cambio de ésta información deberá ser reportado al National Supplier Clearinghouse en 30 días.
3. Una persona autorizada (alguien cuya firma obligue a la compañía) deberá firmar la solicitud para obtener privilegios de facturación.
4. El suplidor dispensará las recetas/órdenes de su propio inventario o deberá tener un contrato con otras compañías para la compra de los artículos necesarios para dispensar las recetas/órdenes. El suplidor no podrá tener contratos con ninguna entidad que esté excluida del programa de Medicare, cualquier programa de salud Estatal, o de los programas Federales de procuramiento y no procuramiento.
5. El suplidor deberá informar a los beneficiarios de que pueden alquilar o comprar equipo médico durable económico o rutinariamente comprado, y de la opción de compra de los equipos alquilados una vez que lleguen a su término de alquiler.
6. El suplidor deberá notificar a los beneficiarios de la cobertura de las garantías y honrar toda garantía aplicable bajo la ley Estatal, y reparar o reemplazar sin costo alguno, todo artículo cubierto por Medicare.
7. El suplidor deberá mantener un local físico en un lugar apropiado.
8. El suplidor deberá permitirle a CMS (previamente conocido como HCFA) o a sus agentes, que conduzcan inspecciones para asegurar que el suplidor esté en cumplimiento con estos estándares. El local del suplidor deberá estar accesible a los beneficiarios durante horas de negocios razonables, y deberá mantener un rótulo y las horas de operación visibles.
9. El suplidor debe mantener una línea de teléfono para el negocio la cual esté registrada bajo el nombre del negocio en el directorio local, o un número sin costo, disponible a través de la asistencia de la operadora. El uso exclusivo de un beeper, de una grabadora/contestadora o de un teléfono celular, está prohibido.
10. El suplidor debe tener seguro comprensivo de riesgo y responsabilidad de \$ 300,000 que cubra el negocio, y, los clientes y empleados del suplidor. Si el suplidor manufactura sus propios artículos, este seguro debe también cubrir riesgo y responsabilidad del producto y la operación en su totalidad.
11. El suplidor debe estar de acuerdo en no iniciar contacto telefónico con beneficiarios, con algunas excepciones. Este estándar les prohíbe a los suplidores llamar a los beneficiarios con el fin de solicitar clientes nuevos.
12. El suplidor es responsable de entregar y explicar a los beneficiarios cómo usar todo artículo cubierto por Medicare, y mantener prueba de entrega.
13. El suplidor debe contestar preguntas y responder a toda queja que los beneficiarios tengan, y mantener documentación de dichos contactos.
14. El suplidor debe dar mantenimiento y reemplazar sin costo alguno o reparar directamente, o a través de un contrato de servicio con otra compañía, artículos cubiertos por Medicare que el suplidor haya alquilado a los beneficiarios.
15. El suplidor aceptará devoluciones de artículos de baja calidad, o inapropiados de los beneficiarios (artículos cuya calidad es inferior a la establecida para dicho artículo y/o artículos que son inapropiados para el beneficiario en el momento de haber sido medidos y alquilados o vendidos).
16. El suplidor debe revelar estos estándares para suplidores a cada beneficiario a quien provee artículos cubiertos por Medicare.
17. El suplidor debe revelar al Gobierno toda persona dueña, que tenga participación financiera o participación en el control del negocio.
18. El suplidor no deberá transferir o reasignar el número de suplidor (ej.: el suplidor no puede vender o permitir que otra entidad use su número de suplidor de Medicare).
19. El suplidor debe establecer un plan para resolver quejas de los beneficiarios relacionadas a éstos estándares. Un registro de éstas quejas deberá ser mantenido en el local físico.
20. El registro de las quejas debe incluir: el nombre, dirección, número de teléfono y el número de Medicare (HICN) del beneficiario, y un resumen de la queja y cualquier acción tomada para resolverla.
21. El suplidor debe acceder a proporcionar a CMS (previamente conocido como HCFA) cualquier información requerida por el estatuto y regulaciones de implementación de Medicare.
22. Todo suplidor debe ser acreditado por una organización de acreditación aprobada por CMS para obtener y retener sus privilegios para facturación. La acreditación debe indicar los productos y servicios específicos para los cuales el suplidor es acreditado, para que el suplidor reciba pago para aquellos productos (excepto ciertos productos farmacéuticos exentos).
23. Todo suplidor debe notificar a su organización de acreditación cuando abre un nuevo local de DMEPOS.
24. Cada local del suplidor, poseído o subcontratado, debe cumplir con los estándares de calidad de DMEPOS y ser acreditado por separado para facturar a Medicare.
25. Todo suplidor debe revelar durante el periodo de inscripción, todos sus productos y servicios, incluso la adición de nuevos productos para los cuales esta solicitando acreditación.
26. Debe cumplir con los requisitos de fianza de garantía especificados en el párrafo (d) de ésta sección.

Pagador Secundario de Medicare

Paciente: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Por favor lea y conteste todas las preguntas en la columna izquierda. Si la respuesta a cualquiera de las preguntas es "Sí" llene la información en la caja a la derecha.

<p>¿Esta usted o su cónyuge actualmente trabajando para una compañía que le provee seguro medico o cobertura de retiro que sea primario en vez de Medicare? – o – ¿Tiene algún miembro de su familia seguro para usted mediante un plan de seguro de grupo?:</p> <p>SÍ: _____ NO: _____</p>	<p>Empleador _____</p> <p>Compañía de Seguro _____</p> <p>Nombre del Asegurado _____</p> <p># de Póliza _____ # de Grupo _____</p>
<p>¿Es un veterano aplicando nuestros servicios al VA para pago?</p> <p>SÍ: _____ NO: _____</p>	<p># Social _____</p> <p># VA "C" _____</p>
<p>¿Son nuestros servicios necesitados por el resultado de un accidente automovilístico u otro accidente fuera de su casa?</p> <p>SÍ: _____ NO: _____</p>	<p>Compañía de Seguro _____</p> <p>Asegurado Responsable _____</p> <p># de Reclamo _____</p> <p>Fecha de accidente : _____</p> <p>Nombre / Dirección / # de Teléfono del Abogado: _____ _____</p>
<p>¿Son nuestros servicios necesitados por el resultado de un accidente en el trabajo?</p> <p>SÍ: _____ NO: _____</p>	<p>Empleador _____</p> <p>Compañía de Seguro _____</p> <p># de Reclamo _____</p> <p>Fecha de accidente: _____</p> <p>Nombre / Dirección del Abogado si en disputa: _____ _____</p>
<p>¿Es cobertura de seguro provista bajo el United Mine Workers Black Lung Program?</p> <p>SÍ: _____ NO: _____</p>	<p>Estado Civil: Soltero _____ Casado _____</p> <p>Viudo _____ Divorciado _____</p> <p># de Medicare _____</p>
<p>Fecha de retiro: _____</p> <p>Fecha de retiro de cónyuge: _____</p>	<p>Información de co-seguro o # de Medicaid _____</p>

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____