

Gracias por permitir que Lantz Medical forme parte de su atención.

Como un proveedor acreditado, debemos brindarle información y solicitar el acuse de recibo de dicha información mediante su firma.

Tómese un momento para revisar este manual del paciente y no dude en comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta o inquietud.

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| Declaración de la misión..... | 1 |
| Números de contacto | 1 |
| Declaración de normas para proveedores de equipos médicos duraderos, prótesis, ortesis y suministros de Medicare | 1 |
| Declaración de derechos y responsabilidades del paciente | 2 |
| Garantía del producto | 2 |
| Información de privacidad en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos..... | 3-5 |
| Política de facturación de Lantz Medical | 5 |
| Formulario de comunicación/Política de quejas | 6 |

Declaración de la misión

La misión de Lantz Medical es brindar dispositivos de la más alta calidad y más eficientes para contribuir con el éxito del paciente. Trabajaremos con nuestros clientes, que incluyen pacientes, profesionales clínicos, médicos y otros proveedores de atención médica pertinentes en un ambiente de mejora constante. Les brindaremos a los pacientes la más amplia gama funcional de productos para movilidad disponibles para facilitar un regreso rápido a las actividades de la vida cotidiana.

Información y números de contacto

Nombre y número de teléfono del médico: _____

Nombre y número de teléfono del terapeuta: _____

Nombre y número de teléfono del representante local: _____

Oficina corporativa de Lantz Medical: (317) 536-4870 u (866) 236-8889

Nuestra oficina corporativa está abierta de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar del este. Puede comunicarse con nuestro representante de turno las 24 horas del día, los 365 días del año al llamar al 866-236-8889 y elegir la opción 1.

Si hay una situación de emergencia en su zona, primero asegúrese de estar a salvo. Luego puede comunicarse con nuestra oficina corporativa llamando al 866-236-8889 para recibir alertas sobre nuestro plan de preparación para emergencias.

Llame a nuestra oficina o al representante local si tiene preguntas o inquietudes sobre el equipo.

Para recibir una copia de nuestro Alcance de servicios, llame al 866-236-8889, extensión 210, y hable con un especialista en cumplimiento de Lantz Medical o envíe una solicitud por escrito a la siguiente dirección: Lantz Medical, 7750 Zionsville Rd, Suite 800, Indianápolis, IN 46268

Normas para proveedores de equipos médicos duraderos, prótesis, ortesis y suministros de Medicare

Los productos o servicios que Lantz Medical le brinda están sujetos a las normas del proveedor que se encuentran en las regulaciones federales estipuladas en la sección 424.57(c) del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales. Estas normas están relacionadas con los asuntos profesionales y operacionales de las empresas (por ejemplo, el cumplimiento de las garantías y los horarios de atención). Puede encontrar el texto completo de estas normas en <http://ecfr.gpoaccess.gov>. Si lo solicita, le entregaremos una copia impresa de las normas.

Declaración de derechos y responsabilidades del paciente

Todos los pacientes que reciban servicios o equipos de Lantz Medical deben recibir información acerca de sus derechos. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- A recibir una respuesta oportuna por parte de Lantz Medical cuando se necesita o se solicita un servicio o equipo.
- A recibir, de manera anticipada, información completa sobre el servicio/equipo que se va a brindar y sobre cualquier modificación al plan de atención.
- A participar en el desarrollo y la revisión periódica del Plan de atención.
- A otorgar el consentimiento informado para el servicio o rechazarlo después de la presentación completa de sus consecuencias.
- A acceder, si lo solicita, a todas las facturas por servicios recibidos, independientemente de que lo pague de su bolsillo o que lo pague un tercero.
- A recibir un reembolso por cualquier cargo adicional que se le haya cobrado.
- A ser informado, de manera anticipada, acerca de los gastos, incluidos los pagos que se esperan de terceros y cualquier gasto del que usted, el paciente, sea responsable.
- A que lo traten a usted y a lo que sea de su propiedad con respeto, consideración y reconocimiento de la individualidad y dignidad del cliente/paciente.
- A poder identificar a los miembros del personal del estudio que lo visiten a través de una identificación adecuada.
- A manifestar reclamos y quejas o recomendar cambios en la política, el personal o el servicio sin sufrir represión, interferencia, coerción, discriminación ni represalia.
- A elegir un proveedor de atención médica.
- A que se respeten la confidencialidad y la privacidad de toda la información incluida en el registro del cliente/paciente y de la información médica protegida.
- A recibir el servicio apropiado sin que se lo discrimine de acuerdo con las indicaciones del médico.
- A ser informado acerca de cualquier beneficio económico de Lantz Medical cuando se haga referencia a una organización que no sea Lantz Medical.
- A recibir información completa sobre sus responsabilidades.
- A ser informado sobre las limitaciones del servicio del proveedor.
- A ser informado sobre los resultados previstos del servicio y de cualquier impedimento para alcanzar el resultado.

Sus responsabilidades:

- El cliente/paciente acepta que el equipo de alquiler se usará con un cuidado razonable, no se alterará ni modificará, y se devolverá en buenas condiciones (a excepción del desgaste por uso normal).
- El cliente/paciente acepta informar de inmediato a Lantz Medical cualquier falla o defecto en el equipo para que se pueda planear la reparación o el reemplazo.
- El cliente/paciente acepta brindar a Lantz Medical acceso a todo el equipo de alquiler para la reparación/el reemplazo, el mantenimiento o el retiro.
- El cliente/paciente acepta usar el equipo para los fines indicados y en cumplimiento con la prescripción del médico.
- El cliente/paciente acepta tener el equipo en su poder y en la dirección en la que se entregó, a menos que Lantz Medical autorice lo contrario.
- El cliente/paciente acepta informar a Lantz Medical acerca de cualquier hospitalización y cualquier cambio en el seguro del cliente, el médico, la dirección o el número de teléfono, y cuando ya no exista la necesidad médica de usar el equipo de alquiler.
- El cliente/paciente acepta solicitar el pago de los beneficios autorizados por Medicare, Medicaid u otro seguro privado directamente a Lantz Medical por cualquier servicio prestado por Lantz Medical.
- El cliente/paciente acepta toda la responsabilidad económica por el equipo médico domiciliario brindado por Lantz Medical.
- El cliente/paciente acepta pagar el costo del reemplazo de cualquier equipo que se dañe, se destruya o se pierda por mal uso, abuso o negligencia.
- El cliente/paciente acepta no modificar el equipo sin el consentimiento previo de Lantz Medical.
- El cliente/paciente acepta que cualquier modificación autorizada le pertenecerá al titular del equipo a menos que se compre y se pague el equipo en su totalidad.
- El cliente/paciente acepta que el título del equipo de alquiler y todas las piezas permanecerán en manos de Lantz Medical en todo momento, a menos que se compre y se pague el equipo en su totalidad.
- El cliente/paciente acepta que Lantz Medical no asegurará ni será responsable de ninguna lesión ni ningún daño en relación con el equipo que el cliente/paciente sufra. Esto incluye aquello causado por el uso o el mal funcionamiento del equipo, el acto o la omisión de cualquier tercero, o cualquier actividad o acto criminal, guerra, disturbio, rebelión, incendio o caso de fuerza mayor.
- El cliente/paciente comprende que Lantz Medical se reserva el derecho de rechazar la prestación de servicios a cualquier cliente/paciente en cualquier momento.
- El cliente/paciente acepta que la parte perdedora correrá con los gastos de cualquier tasa legal que surja de un desacuerdo entre las partes en cualquier acción legal.
- Los artículos desechables del cliente/paciente, como los artículos blandos en las máquinas de movimiento pasivo continuo, son artículos de un solo uso y no se pueden devolver.

Garantía del producto

Lantz Medical, Inc. garantiza que su producto está libre de defectos en materiales y mano de obra por un período de un (1) año desde la fecha de la venta. Lantz Medical, Inc. no ofrece ninguna otra garantía explícita ni implícita con respecto a sus productos, LO QUE INCLUYE CUALQUIER GARANTÍA IMPLÍCITA DE COMERCIALIZACIÓN Y APTITUD PARA CUALQUIER PROPÓSITO EN PARTICULAR.

Si el producto tiene algún defecto en el material o la mano de obra que se presenta en el plazo de un año después de la venta, Lantz Medical, por su propia cuenta, reparará el defecto o reemplazará el producto, a discreción de Lantz Medical, que será el único recurso del consumidor.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL (LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS)

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

En vigencia desde el 30 de octubre de 2015, este Aviso de prácticas de privacidad describe las prácticas de Lantz Medical para proteger la información médica personal individualmente identificable y cómo usted puede acceder a esta información. Los términos de este aviso aplican a todos los pacientes y clientes de Lantz Medical. Revise con atención lo siguiente:

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted.

Sus derechos

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir una copia de su historia clínica impresa o electrónica.
- Corregir su historia clínica impresa o electrónica.
- Solicitar una comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de las personas y entidades con las que hemos compartido su información.
- Recibir una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a cómo usamos y compartimos la información:

- Podemos informar a sus familiares y amigos acerca de su afección.
- Podemos brindar ayuda en caso de desastres.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información mientras hacemos lo siguiente:

- Le brindamos tratamiento.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos sus servicios.
- Colaboramos con la salud pública y los problemas de seguridad.
- Llevamos a cabo investigaciones.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con médicos forenses o responsables de funerarias.
- Abordamos solicitudes de indemnización por accidentes laborales, cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno.
- Contestamos demandas y acciones legales.

Cuando se trata de su información médica, tiene ciertos derechos. En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Puede obtener una copia impresa o electrónica de su historia clínica.

- Puede pedir consultar u obtener una copia impresa o electrónica de su historia clínica y otra información médica que tengamos sobre usted. Puede llamar al número gratuito 866-236-8889, extensión 210, y hablar con el especialista de cumplimiento o enviar una solicitud por escrito a Lantz Medical, Inc., 7750 Zionsville Rd, Suite 800, Indianápolis, IN 46268.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica generalmente en el plazo de los 30 días de su solicitud. Podremos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo.

Puede pedirnos que corrijamos su historia clínica.

- Puede pedirnos que corrijamos la información médica sobre usted que considere que es incorrecta o que está incompleta.
- Podemos rechazar su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

Puede solicitar comunicaciones confidenciales.

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, que lo llamemos al número de su casa u oficina) o que enviemos correspondencia a diferentes direcciones.
- Responderemos que "sí" a todas las solicitudes razonables.

Puede pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos.

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos determinada información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir que "no" si esto afectaría su atención.
- Si paga por completo un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información con el fin del pago o de nuestras operaciones con su seguro médico. Diremos que "sí" a menos que la ley exija que compartamos esa información.
- Lantz Medical no vende la información del paciente, pero puede usarla, con su permiso, para nuestras propias iniciativas de comercialización.

Puede recibir una lista de las personas y entidades con las que hemos compartido información.

- Puede pedir una lista (un recuento) de las veces que hemos compartido su información médica durante seis años antes de la fecha en que la pide, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos toda la información que divulgamos a excepción de aquello relacionado con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como cualquiera que usted haya solicitado que hiciéramos). Proporcionaremos un recuento al año de manera gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable y basada en el costo si pide otra en el plazo de los 12 meses.

Puede recibir una copia de este aviso de privacidad. Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo de forma electrónica. Le brindaremos una copia impresa de inmediato.

Puede elegir a alguien para que actúe en su nombre.

- Si le ha otorgado un poder médico notarial a alguien o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga este poder y pueda actuar en su nombre antes de que tomemos medidas.

Puede presentar una queja si cree que se han violado sus derechos

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos contactándonos en la siguiente dirección: Lantz Medical, Inc., 7750 Zionsville Road, Suite 800, Indianápolis, IN 46268.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos al enviar una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamar al 1-877-696-6775, o visitar www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede indicarnos sus decisiones con respecto a lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus indicaciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que hagamos lo siguiente:

- Compartir información con su familia, sus amigos cercanos y otros que forman parte de su atención.
- Compartir información en caso de una situación de desastre.

Si no puede decirnos cuál es su preferencia, por ejemplo porque está inconsciente, podemos decidir compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

Jamás compartiremos su información en estos casos, a menos que nos dé su permiso por escrito:

- Fines de comercialización.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos su información médica en general?

En general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Para brindarle tratamiento

Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que le brinden tratamiento.

Ejemplo: un médico que le brinda tratamiento para una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Para dirigir nuestra organización

Podemos usar y compartir su información médica para dirigir nuestra organización, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: usamos información médica sobre usted para gestionar su tratamiento y sus servicios.

Para facturar sus servicios

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de planes médicos u otras entidades.

Ejemplo: brindamos su información a su plan de seguro médico para que pague sus servicios.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente para contribuir con el bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones legales antes de que podamos compartir su información con estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Para colaborar con la salud pública y los problemas de seguridad

Podemos compartir su información médica para determinadas situaciones, como las siguientes:

- Prevenir una enfermedad.
- Ayudar con el retiro de productos del mercado.
- Informar reacciones adversas a los medicamentos.
- Informar casos sospechosos de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad de cualquier persona.

Para llevar a cabo investigaciones

Podemos usar o compartir su información para llevar a cabo investigaciones.

Para cumplir con la ley

Compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo exigen, lo que incluye compartirla con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea controlar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Para responder solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.

Para trabajar con médicos forenses o responsables de una funeraria

Podemos compartir la información médica con un funcionario forense, un médico forense o un responsable de una funeraria cuando una persona muere.



Para abordar solicitudes de indemnización por accidentes laborales, cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno

Podemos usar o compartir su información médica con los siguientes fines:

- Para reclamos de indemnización por accidentes laborales.
- Para cumplir con la ley o con un oficial de la ley.
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones especiales del gobierno, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Para contestar demandas y acciones legales

Podemos compartir su información médica como respuesta a una orden judicial o administrativa, o como respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si hay un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con nuestros deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y entregarle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de una manera que no se describa en este documento, a menos que nos autorice por escrito a hacerlo. Si nos da su permiso, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El aviso nuevo estará disponible, si lo solicita, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Política de facturación de Lantz Medical

Para la comodidad de nuestros pacientes, Lantz Medical, Inc. le facturará a su aseguradora por nuestros servicios. Después de que se haya recibido el pago del seguro, el paciente deberá pagar cualquier saldo restante en el plazo de 30 días. Aceptamos efectivo, cheques o la mayoría de las tarjetas de crédito.

Seguro privado. Lantz Medical, Inc. no es un proveedor de la red con todas las compañías de seguros privadas. Presentaremos todos los reclamos por el uso de nuestros productos/servicios. Sus reclamos se procesan de acuerdo con su política de beneficios, que incluye el deducible y el coseguro. Después de que se hayan recibido los pagos del seguro, se considera que cualquier saldo restante es *responsabilidad del paciente*. Se considerará que cualquier reclamo cuestionado o no pagado es *responsabilidad del paciente*.

A veces, Lantz Medical puede subcontratar o ser subcontratado para la entrega de los productos/servicios. Generalmente, esto se hace para maximizar los beneficios del seguro. Cuando usamos un subcontratista, Lantz Medical se encarga de los todos asuntos relacionados con el producto/servicio mientras que la compañía que nos subcontrató se encarga de los asuntos de facturación y pago.

Indemnización por accidentes laborales. Lantz Medical presentará todos los reclamos por el uso de nuestro equipo médico domiciliario después de recibir toda la información con respecto a una lesión relacionada con el trabajo. Al aceptar el equipo, se debe proporcionar la información de la aseguradora del empleador y de la indemnización por accidentes laborales. Se considerará que cualquier reclamo cuestionado o no pagado es *responsabilidad del paciente*.

Medicare y Medicaid. Algunos de nuestros productos/servicios no están cubiertos por Medicare o Medicaid. Usted, como el paciente, debe tomar la decisión de si usará y pagará nuestros servicios/productos.

Pago por cuenta propia. Los pacientes que paguen por su propia cuenta se tratan caso por caso. Se espera que los arreglos del pago se hagan al momento de la entrega del equipo.

Preguntas. Las preguntas sobre la facturación se deben dirigir a nuestro Departamento de Facturación al (317) 536-4870 o al número gratuito (866) 236-8889.

FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DEL PACIENTE (para quejas, cumplidos y sugerencias)

Con el afán de brindar un servicio de la más alta calidad y de responder a las inquietudes y sugerencias del paciente/cuidador, Lantz Medical le proporciona este formulario para que exprese sus quejas, sugerencias, cumplidos e inquietudes con respecto a los productos y servicios de Lantz Medical. Tómese unos minutos para completar este formulario. Nos gusta saber su opinión. Si le gustaría que alguien se comuniquen con usted por su inquietud, brinde su nombre y número de teléfono. De lo contrario, su información de contacto es opcional en caso de que no desee que se comuniquen con usted.

Este formulario completo se enviará directamente al especialista de cumplimiento, que revisará esta inquietud y le responderá por escrito en un plazo de 14 días.

Le agradecemos de nuevo por su colaboración para ayudarnos a mejorar continuamente nuestro servicio a nuestros clientes, que son muchos y muy valiosos.

COMUNÍQUESE CON NOSOTROS: puede enviarnos el formulario de comunicación por correo, fax o correo electrónico.

CORREO

Lantz Medical
ATTN: Compliance Committee
7750 Zionsville Road, Suite 800
Indianápolis, IN 46268

FAX

877-406-4872

Correo electrónico

info@lantzmedical.com

Persona que completa el formulario: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Compañía de seguros: _____

¿Desea que se comuniquen con usted para analizar este cumplido, esta queja o esta sugerencia? (Si presenta una queja, estamos obligados a responderle por escrito en un plazo de 14 días).

 SÍ NO

¿Otorga su permiso para que Lantz Medical use sus comentarios para fines de comercialización o capacitación?

 SÍ NO

Al marcar sí y firmar este formulario, otorga su consentimiento para permitir que Lantz Medical use y divulgue esta información al público. Tiene el derecho de revocar este consentimiento mediante un aviso por escrito, pero debe comprender que la revocación de esta divulgación no afectará ninguna acción que Lantz Medical haya tomado en función de esta divulgación antes de recibir la revocación.

Resuma su queja, cumplido o sugerencia. Use más papel si es necesario.

Firma _____

En el caso de que su queja no se resuelva con Lantz Medical, puede presentar una queja ante nuestro acreditador, Community Health Accreditation Partner (CHAP, Inc.), a través de su sitio web www.chapinc.org o por teléfono al 800-656-9656

SI SOSPECHA DE FRAUDE O ABUSO, COMUNÍQUESE DE LA SIGUIENTE MANERA:

A NIVEL NACIONAL: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477).

FLORIDA: Registro de Abusos del Estado de Florida al 1-888-419-3456 o Línea Directa de Quejas del Consumidor del Estado de Florida 1-800-435-7352