

Estimado cliente,

Bienvenido a **Nucara Specialty Pharmacy**. Estamos entusiasmados con la oportunidad de servirle para todas sus necesidades de farmacias especializadas.

Nucara Specialty Pharmacy es algo más que una farmacia. Estamos dedicados a proveerle con la instrucción, la educación y el apoyo necesario para asegurar que son capaces de seguir el plan de terapia prescrita que su médico le ha indicado para usted, incluyendo:

- Acceso de emergencia a los farmacéuticos clínicamente capacitado las 24 horas del día, 7 días a la semana
- Coordinación de autorización previa (*prior authorization*) con su compañía de seguros
- Apoyo a la adhesión
- Envío gratuito de la medicación
- Instrucción
- Educación
- Orientación
- Recordatorios de surtidas
- La opción de inscribirse en nuestro programa de recordatorio de medicación reposición mensual que proporciona beneficios tales como el manejo de efectos secundarios, lo que aumenta la adherencia a medicamentos para la terapia con medicamentos, y el aumento de la mejora general de la salud

Además, puede acceder a nuestro sitio Web en www.nucara.com 24 horas del día para más información sobre los servicios que ofrecemos para usted.

Nuestro horario de trabajo son las siguientes:

Lunes - Viernes: 8:00 a.m.- 5:00 p.m.

Número Local de teléfono: 515. 266.4167

Número gratuito: 877.636.9602

Número de fax: 515. 265.5431

E-mail: nsp@nucara.com

Dirección: 5042 Maple Drive Pleasant Hill, IA 50327

Nucara Specialty Pharmacy espera que le proporciona el mejor servicio posible. Sabemos que usted tiene muchas opciones para elegir y gracias por elegir Nucara Specialty Pharmacy

Sinceramente,

Sherry J. PharmD, AAHIVP
Jason D. PharmD, AAHIVP
Tara J. CPhT
Amanda D. CPhT
Ngoc D. CPhT
Madison D. CPhT

Casey O. PharmD, AAHIVP
Stephanie M. PharmD
Becky W. CPhT
Courtney G. CPhT
Cindy N. CPhT
Bim K. CPhT

**** Favor de enviar / devolver los papeles de color rosa a la farmacia ****

Que esperar

Reconocemos que el manejo de una enfermedad crónica o una enfermedad grave puede ser abrumador a veces. Estamos aquí para ti. En **Nucara Specialty Pharmacy** nuestro personal se dedica a trabajar con usted, sus médicos y enfermeras, y la familia y amigos para lograr un equipo de atención de salud totalmente integrada. Usted es nuestra prioridad principal.

Puedes esperar:

• La atención al paciente personalizada

Nuestro personal capacitado de la especialidad trabajará con usted para discutir su plan de tratamiento, y vamos a responder a cualquier pregunta o preocupación que pueda tener.

• Colaboración con el médico

Siempre vamos a mantener las líneas de comunicación abiertas entre usted y sus médicos y cuidadores. Estamos aquí para asegurarse de que cualquier dificultad que pueda tener con su tratamiento se tratan inmediatamente con sus médicos.

• El seguimiento regular

El conseguir sus medicamentos de forma rápida y eficiente es muy importante para nosotros. Vamos a estar en contacto cercano con usted durante su tratamiento, y será el partidario de la atención sanitaria.

• Beneficios / Obligación Financiera

El tratamiento puede ser costoso, y que le ayudará a navegar a través de las complejidades del sistema de salud para explorar todas las opciones disponibles para usted. Nuestras relaciones con las aseguradoras ayudar a proporcionarle la información y las explicaciones de su medicamento y beneficios médicos. El personal estará presentar reclamaciones a su compañía de seguros de salud en la fecha de su receta está vacío. Si se rechaza la solicitud, un miembro del personal le notificará para que podamos trabajar juntos para resolver el problema. Su calidad de la atención es nuestra más alta misión. Estamos obligados a recoger todos los co-pagos antes del envío de su medicamento. Los co-pagos se pueden pagar con tarjeta de crédito o débito por teléfono y por medio de cheque o giro postal por correo.

• Programa de Referencia de Asistencia Co-pago

Tenemos acceso a varios programas de asistencia financiera para ayudar con los co-pagos para garantizar la inexistencia de interrupciones en su terapia. Estos programas incluyen cupones de descuento de los fabricantes de medicamentos, vales de co-pago, y la ayuda de varias fundaciones de gestión de la enfermedad y las compañías farmacéuticas.

• Envío

Ofrecemos el envío rápido y conveniente para su hogar, lugar de trabajo, o la ubicación que prefiera. Le pedimos que se ponga en contacto con nuestra farmacia hasta cinco a siete días antes de la fecha de vencimiento de recarga para coordinar los medicamentos que necesita, actualice sus registros médicos y de seguros, y para configurar y confirme una fecha y una dirección de envío. También puede recoger sus medicamentos en la farmacia.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL A REPRESENTANTE DE LA FARMACIA

Esta autorización es para su uso, de conformidad con las normas de privacidad de HIPAA, si autoriza la divulgación de información médica o de salud a un cónyuge, padre, hijo adulto o cuidador para el acceso en una base en curso para ayudar con su cuidado y mantenimiento de su información. Usted entiende estos registros pueden contener información creada por otras personas o entidades, incluidos los médicos u otros profesionales de la salud, así como información sobre el uso de los servicios de tratamiento de drogas y alcohol, el tratamiento del VIH / SIDA, los servicios de salud mental (excluyendo las notas de psicoterapia), servicios de salud reproductiva y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

Sección 1: Información del paciente

Primer nombre, Inicial, Apellido: _____

Fecha de nacimiento MM / DD / AÑO: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código de estado / código postal: _____

Teléfono: _____

Sección 2: persona autorizada para recibir Información NuCara Specialty Pharmacy

Primer nombre, Inicial, Apellido: _____

Fecha de nacimiento MM / DD / AÑO: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código de estado / código postal: _____

Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Relación con el paciente: _____

Sección 3: Información que se entregará

Marque (X) la información que nos solicita que liberar a la persona nombrada anteriormente.

Información de Salud TODO _____	Fechas específicas / años de tratamiento _____
---------------------------------	--

Historia / Físico _____ Informe de Laboratorio _____ Fecha de la última surtida _____
Plan de Atención _____ Medicamentos _____ Inmunizaciones _____
Otra información que se especifica: _____

O sólo la información marcada (X)

Sección 4: Expiración Requerido

Esta autorización se vence MM / DD / AÑO: _____ Iniciales del paciente: _____

O en caso de un evento específico: _____ Iniciales del paciente: _____

Sección 5: Información acerca de esta Autorización

- Usted tiene el derecho de revocar la autorización, por escrito, a NuCara Specialty Pharmacy en cualquier momento. La revocación sólo es efectivo después de que se recibe y registra de manera Nucara Especialidad Farmacia cualquier uso o de la divulgación hecha previo a la revocación no se incluye como parte de la revocación.
- Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para el uso y divulgación de la Salud Protegida permitida Información (PHI). Usted puede obtener una copia de esta notificación por parte de la oficina corporativa. Por favor, mantenga una copia de la autorización para sus registros.
- Una vez PHI se da a conocer a los demás, puede ser revelada a ellos a las personas o entidades que no son sujeto a las regulaciones de privacidad, lo que significa que el PHI puede no estar protegida por las regulaciones.
- Regulaciones de privacidad prohíben el acondicionamiento de tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios firma de esta autorización.
- Esta autorización deberá ser firmado y fechado por el paciente o firmado y fechado por el paciente de representante personal para incluir una descripción de la capacidad de la persona para actuar en nombre del paciente.

Sección 6: Firma y Fecha del Paciente

Yo, _____, al firmar a continuación, autorizo NuCara Specialty Pharmacy para usar o divulgar mi información de salud como se ha descrito anteriormente.

Firma y Fecha: _____

Sección 7: Firma del representante del paciente y fecha

Si esta autorización es firmada por el representante personal del paciente, explique su autoridad para actuar a continuación.

This authorization will expire on 12/31/2025

Sección 8: Retorno de Autorización

Si es aplicable a su situación, por favor, complete y envíe este formulario a la siguiente completado:

***NuCara Specialty Pharmacy
5042 Maple Drive
Pleasant Hill, IA 50327***

AVISO DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICA

Reconocemos que cada uno de nuestros clientes viene a nosotros con la necesidad de medicamentos individualizados. Respetamos la privacidad de cada uno de los datos personales de nuestros clientes y entendemos la importancia de mantener esta información confidencial y segura. Estamos comprometidos a mantener la privacidad y la seguridad de la información personal de nuestros clientes.

NuCara Specialty Pharmacy es una farmacia con licencia que opera bajo las leyes estatales y federales. Los registros que se creen y mantengan la relación con los pacientes y los medicamentos de dispensación historia son considerados como registros médicos. En concordancia con las leyes de privacidad, la información de identificación personal que puede ser proporcionada a los pacientes, médicos o profesionales de la salud, así como a las compañías de seguros de los pacientes como parte del proceso de facturación.

¿Qué es la HIPAA?

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) está destinado a proporcionar a los pacientes con un nivel adicional de privacidad y rendición de cuentas en el servicio de atención médica que reciben de sus proveedores. La regla de privacidad de HIPAA afecta a la manera como el médico(s), farmacia, y otros miembros del equipo sanitario se comunican y usar su información de salud. HIPAA está destinado a proteger mejor su derecho a la privacidad de su información.

La información que se incluye con este reconocimiento tendrá un mejor detalle de la forma en que estamos comprometidos a proteger su privacidad. Por favor tome un momento para revisar el Aviso, a continuación, firmar y enviar de vuelta a su acuse de recibo de nuestras prácticas de privacidad.

La atención de calidad que ofrecemos, el respeto de su derecho a la privacidad, y nuestros estándares de servicio de primera categoría son sólo algunas de las maneras en que puede contar con nosotros para ofrecer para usted.

Ponerse en contacto con nuestra farmacia

Si tiene alguna pregunta o duda sobre nuestras prácticas o servicios que usted ha recibido de esta instalación, por favor, póngase en contacto con:

NuCara Pharmacy

5042 Maple Drive

Pleasant Hill, IA 50327

Teléfono 515.266.4167 fax 515.265.5431

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y revelada y como usted puede obtener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente.

SECCIÓN A: Usos y divulgaciones de información médica protegida

1. En virtud de la legislación aplicable, estamos obligados a proteger la privacidad de su información de salud individual (nos referimos a la información en este aviso como información de salud protegida "). También estamos obligados a proporcionar este Aviso sobre nuestras políticas y procedimientos con respecto a su información de salud protegida y para cumplir con los términos de este aviso, ya que puede ser actualizada de vez en cuando.

Se nos permite hacer ciertos tipos de usos y revelaciones bajo la ley aplicable para el tratamiento, pago y operaciones con fines sanitarios. Podemos obtener información para dispensar las recetas y que la documentación de la información pertinente para sus registros que nos puede ayudar en la gestión de su terapia de medicamentos o su salud en general. Para propósitos de tratamiento, tal uso y divulgación se llevará a cabo en el suministro, la coordinación, o la gestión de la asistencia sanitaria y sus servicios relacionados por uno o más de sus proveedores, como cuando su farmacéutico consulta con su médico o un especialista con respecto a su medicación, tratamiento o condición .

Para fines de pago, tales uso y divulgación se llevará a cabo para obtener o proporcionar un reembolso por la prestación de servicios de atención farmacéutica. A efectos de reembolso, su información médica protegida puede ser revelada a uno o varios intermediarios empleados por el patrocinador de su plan, incluyendo pero no limitado a las aseguradoras, administradores de beneficios de farmacia, afirma administra y empresas de informática de gestión de farmacia.

Para propósitos de operaciones de cuidado de la salud, tal uso y divulgación se llevará a cabo en un número de maneras, incluyendo para la evaluación y mejora de la calidad; proveedor de opinión y la formación; opiniones y actividades de adherencia; y la planificación, el desarrollo, la gestión de la administración .y. Su información podría ser utilizada, por ejemplo, para ayudar en la evaluación de la calidad de la atención que se le ha proporcionado.

Almacenamos parte de su Información de Salud Protegida en ficheros informáticos electrónicos. Nos copia de seguridad de nuestros registros electrónicos y emplear otras precauciones para salvaguardar la integridad de su información médica protegida. A pesar de estas precauciones, es posible pero poco probable que un desplome de la computadora u otro fracaso tecnológico podrían causar la pérdida de datos.

Además, es posible ponerse en contacto con usted para proporcionarle; rellenar recordatorios, exámenes de salud, eventos de bienestar, vacunas, vacunas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Además podemos revelar su información médica a su patrocinador del plan.

Podemos enumerar y divulgar su información de salud protegida sin su autorización cuando la farmacia tiene que ponerse en contacto con un médico o personal del médico y se permite o se requiere que lo haga sin autorización escrita individual. Podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida si somos contactados por otra farmacia que manifiesta que cuenta con su solicitud y el consentimiento para transferir registros de farmacia a ellos.

De vez en cuando podemos emplear los servicios de socios de negocios que nos pueden ayudar en una o más tareas y que se puede utilizar, modificar o crear información de salud protegida. Se requieren socios de negocios para cumplir con todas las regulaciones de privacidad en su nombre.

Podemos revelar información de salud protegida sin su autorización para cumplir con las leyes de compensación de trabajadores, como lo requiere la aplicación de la ley, los procedimientos legales, requisitos de salud pública, y las actividades de supervisión de la salud y como exige la ley.

Otros usos y revelaciones serán hechos solamente con su autorización por escrito, y usted puede revocar su autorización mediante una notificación como se describe en la sección B.

2. Usted puede solicitar la restricción de usos y divulgaciones de su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o para restringir los usos y divulgaciones a familiares, parientes, amigos u otras personas identificadas por usted que están involucrados en su cuidado o pago de su cuidado. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud.

3. Usted tiene el derecho de solicitar lo siguiente con respecto a su información médica protegida: (i) la inspección y copia; (ii) modificación o corrección; (iii) un informe de las revelaciones de esta información por nosotros (no estamos obligados a dar cuenta de que las revelaciones hechas para tratamiento, pago, ., operaciones, revelaciones a usted, divulgaciones a sus cuidadores para notificaciones o de otra manera excluidos por la ley); y (iv) el derecho a recibir una copia impresa de este, previo aviso a petición. Podemos requerir que usted pague por esta solicitud a cubrir nuestros costos de copiado, mano de obra y gastos de envío.

Además, puede solicitar, y que debe cumplir la solicitud, si es razonable, para recibir comunicaciones de información de salud protegida por medios alternativos o en lugares alternativos. Para hacer esta solicitud por favor, póngase en contacto, por escrito: NuCara Specialty Pharmacy (515) 266-4167, 5042 Maple Drive Pleasant Hill, IA 50327

4. Podemos usar su nombre para hacer referencia a sus recetas y servicios de atención farmacéutica. Se le puede pedir que firme un formulario de registro de firma de acusar recibo de servicio, para acusar recibo de este aviso y las divulgaciones de información de salud protegida como se describe en el presente documento. Esta información puede ser revelada por nosotros a otras personas que preguntan por usted o sus recetas por nombre. Usted puede restringir o prohibir estos usos y divulgaciones mediante notificación a un representante de la farmacia por vía oral o por escrito de su restricción o prohibición. No estamos obligados, en honor a esas solicitudes. Somos capaces de proporcionar servicios de tratamiento a usted, incluso si usted se opone a firmar el acuse de recibo de la recepción de esta notificación o no si decidimos honrar una solicitud relativa a la información de este documento. En el caso de una emergencia o su incapacidad, que haremos en nuestro juicio razonable lo que es consistente con su conocida preferencia, y lo que nosotros determinamos que estar en su mejor interés. Se le informará de cualquier divulgación de este tipo, si usos y divulgaciones requerirían su autorización firmada bajo tales circunstancias y le dará una oportunidad de oponerse tan pronto como sea posible.

5. Podemos revelar a uno de los miembros de su familia, a un familiar, a un amigo personal cercano o a cualquier otra persona que usted identifique, información de salud protegida que es directamente relevante a la participación de esa persona en su cuidado o pago relacionado con su cuidado. Además podemos utilizar 'o divulgar la información de salud protegida para notificar, la identidad o localizar a un miembro de su familia, su representante personal a otra persona responsable de la atención o de determinados organismos de socorro de su ubicación, condición general o muerte. Si usted está incapacitado, hay una emergencia, o si se opone a este uso o de la divulgación, lo haremos a nuestro juicio, lo que está en su mejor interés con respecto a dicha divulgación, y manifestará sólo la información que es directamente relevante a la participación de la persona con su cuidado de la salud. También utilizaremos nuestro juicio y experiencia con respecto a su mejor interés al permitir a la gente a recoger sus recetas, u otras formas similares de información médica protegida.

6. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y de hacer nuevas provisiones del aviso eficaces para toda la información médica protegida que mantenemos. Puede recibir una copia de este aviso comunicándose con nosotros como se indica en la sección B o en el momento de la recepción de los servicios de farmacia.

7. Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja a nosotros en el lugar descrito en la Sección B o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Hubert H. Humphrey Building, 200 Independence Avenue SW, Washington, DC 20201. no se tomarán represalias por presentar una queja.

Sección B: Cómo ponerse en contacto con nosotros

Puede ponerse en contacto con nosotros para más información en: NuCara Specialty Pharmacy (515) 266-4167 5042 Maple Drive, Pleasant Hill, IA 50327

AUTORIZACIÓN - PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN AL REPRESENTANTE PERSONAL

El formulario de autorización debe ser completado y firmado para que la autorización sea válida según la definición de las reglas de privacidad de HIPAA (Partes 45 CFR 160 y 164).

Sección 1: Esta sección contiene la información. Esto significa que se trata de su información que se liberaría de conformidad con su autorización.

Sección 2: Proporcionar la información de la persona que usted está autorizando para recibir su información de salud protegida ("PHI"). Tenga en cuenta que esto no siempre puede ser una empresa. También puede ser una persona específica o clase de personas. Por ejemplo, su cónyuge, un miembro de la familia específica, farmacia, etc.

Sección 3: Esta sección requiere que marque la información que usted está autorizando NuCara Specialty Pharmacy para liberar. Esta sección debe ser lo suficientemente específica para NuCara Specialty Pharmacy para entender la naturaleza de su autorización. El propósito para el que solicita la información debe ser proporcionada. Por ejemplo, "el mantenimiento / gestión de la atención de salud de la familia", etc.

Sección 4: La autorización debe incluir una fecha de caducidad o evento. La fecha de caducidad o evento debe ser una fecha específica en el futuro (por ejemplo, 01/01/2020), un período de tiempo específico (por ejemplo, un año desde la fecha de la firma), o un evento directamente relevante para el individuo o la propósito del uso o de la divulgación (por causa de muerte, 4 meses después de mi muerte). La autorización no puede contener una fecha de vencimiento indeterminado como "si yo lo revoque", "nunca", N / A, tras la notificación o dejando en blanco la línea.

Sección 5: En esta sección se incluye información relativa a la autorización que debe leer.

Sección 6: Debe ser firmado y fechado.

Sección 7: Si va a firmar la autorización como representante legal de la persona que aparece en la Sección 1, y es diferente de los padres del menor cuya información está autorizando NuCara Specialty Pharmacy para liberar, también debe presentar la documentación que establece a sí mismo como el representante legal. Por ejemplo, una copia de un poder general que incluye disposiciones para obtener información médica, etc.

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a este formulario, puede ponerse en contacto con:

NuCara Specialty Pharmacy (515) 266-4167, 5042 Maple Drive Pleasant Hill, IA 50327

NUCARA SPECIALTY PHARMACY ACUERDO DE SERVICIOS

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Yo entiendo que tengo una elección de profesional de la farmacia. Estoy de acuerdo con la prestación de servicios por parte NuCara Specialty Pharmacy. Estos servicios pueden incluir la dispensación y el envío de

medicamentos recetados ordenados por el médico, y la coordinación de los servicios de enfermería. Yo entiendo que mi atención está dirigida y supervisada por el médico, y NuCara Specialty Pharmacy no se hace responsable de cualquier acto de omisión cuando se siguen las instrucciones de mi médico que no es ni el trabajador ni el agente de NuCara Specialty Pharmacy.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

He leído y entendido la declaración de derechos y responsabilidades asociadas con esta forma del paciente.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

- Beneficios de Medicare / Medicaid: Certifico que la información dada por mí en solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Solicito que el pago de beneficios autorizados en mi nombre para NuCara Specialty Pharmacy.
- Seguro Privado: Autorizo NuCara Specialty Pharmacy. a la cuenta a mi compañía de seguros directamente por los servicios prestados en mi nombre.

Yo autorizo el pago por los servicios prestados a mí por NuCara Specialty Pharmacy a pagar directamente a NuCara Specialty Pharmacy. Entiendo que soy financieramente responsable de NuCara Specialty Pharmacy por cualquier copago o medicamentos no cubiertos no pagados por mi compañía de seguros. En el caso de que yo no pago mi saldo para cualquier cantidad debida dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de la factura, a menos que se hagan arreglos especiales, se pueden aplicar cargos por pagos atrasados. Yo entiendo que en cualquier momento, yo puedo contactar NuCara Specialty Pharmacy al 515. 266.4167 para solicitar una cantidad estimada de mi responsabilidad financiera por los servicios prestados por NuCara Specialty Pharmacy.

POLÍTICA para los artículos vueltos

Yo entiendo que es objetivo NuCara Specialty Pharmacy de farmacias para ofrecer a sus clientes los mejores productos de calidad y servicios de apoyo. Entiendo que NuCara Specialty Pharmacy dispensa y ofrece a los pacientes sólo aquellos medicamentos, soluciones y materiales de construcción que son recetados por el médico respectivo del paciente para el paciente individual o reflejan artículos y las cantidades usuales y habituales para el tratamiento específico ordenado por el médico. Tengo entendido que las cantidades se determinan generalmente y se ordenan por el paciente o su / su representante. Además, entiendo que la política NuCara Specialty Pharmacy no permite al paciente retornar medicamentos y / o mercancías de suministros médicos a su inventario para su a otro paciente, ya que no puede garantizar la esterilidad o la integridad de estos productos una vez que se han dispensado y son fuera de la supervisión de la farmacia. Es contra la ley de farmacias para volver alguna droga una vez que han sido emitidos desde NuCara Specialty Pharmacy.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo a todos los profesionales de la salud, compañías de seguros, u otras partes con la información de salud acerca de mí para liberar a NuCara Specialty Pharmacy todas y cada una de mis registros sanitarios, incluidos los registros de prescripción, que están relacionados con o puede ayudar en el tratamiento de la condición (s) para los que NuCara Specialty Pharmacy está proporcionando servicios a mí (en lo sucesivo, "mis archivos"). Autorizo NuCara Specialty Pharmacy para liberar cualquier y toda la información para mis registros que sean necesarios para NuCara Specialty Pharmacy recibir pagos de beneficios, a mi nombre, para cumplir con las solicitudes de auditoría de los organismos de acreditación o agencias gubernamentales. Entiendo que NuCara Specialty Pharmacy puede utilizar la información de mis registros que no identifica a mí en lo personal para la recogida de datos, análisis estadístico, y para otros fines llevado a cabo en NuCara Specialty Pharmacy curso normal del negocio. Por la presente libero, en mi nombre y en nombre de mis sucesores y cesionarios, NuCara Specialty Pharmacy y sus oficiales, directores, empleados y agentes de cualquier y toda responsabilidad derivada de la liberación de mis discos y del uso de la información liberado de mis discos.

CLIENTE / PACIENTE DECLARACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES (URAC / ACHC)

NuCara Specialty Pharmacy deberá respetar los derechos y responsabilidades del paciente e informar a los pacientes de sus derechos y responsabilidades en el proceso de atención. Los pacientes recibirán una copia escrita de derechos y responsabilidades del paciente en el momento del envío de la orden inicial. El personal NuCara Specialty Pharmacy será entrenado en la revisión de Derechos y Responsabilidades del Paciente con el paciente / cuidador y se asegurará la comprensión de estos derechos y responsabilidades. Si el paciente / cuidador no puede leer la declaración de derechos y responsabilidades, se hará una oferta para leerlo al paciente / cuidador u ofrecer un traductor para proporcionar este servicio en un idioma que el paciente / cuidador comprende.

Para garantizar el mejor cuidado posible, ya que un paciente que recibe los servicios de farmacia, usted debe entender sus roles, derechos y responsabilidades que implica su propio plan de atención.

Cliente / Derechos del paciente

- Para seleccionar los que le proporcionan los servicios de farmacia
- Para recibir los servicios apropiados o establecidos de una manera profesional, sin discriminación con respecto a su edad, sexo, raza, religión, origen étnico, preferencia sexual o discapacidad física o mental
- Ser tratado con amabilidad, cortesía y respeto por todos y cada uno representa a nuestra farmacia, que proporcionan tratamiento o servicios para usted y no ser objeto de negligencia o abuso, ya sea físico o mental
- Para ayudar en el desarrollo y la preparación de su plan de atención que está diseñado para satisfacer, de la mejor manera posible, sus necesidades actuales, incluyendo el tratamiento del dolor
- Para recibir la información adecuada desde la que puede dar su consentimiento informado para inicio de los servicios, la continuación de los servicios, la transferencia de servicios a otro proveedor de cuidados de la salud, o la terminación de los servicios
- Para expresar inquietudes, quejas o recomendar modificaciones a los servicios de farmacia, sin temor a la discriminación o represalias
- A solicitar y recibir información completa y actualizada la información relativa a su condición, tratamiento, tratamientos alternativos, riesgo de tratamiento o de cuidado planes
- Para recibir tratamiento y servicios dentro del ámbito de su plan de atención, rápida y profesional, mientras que siendo totalmente informados en cuanto a las políticas, los procedimientos y las cargas de nuestra farmacia
- Para solicitar y recibir datos con respecto al tratamiento, servicios o gastos derivados del mismo, en privado y de forma confidencial
- Recibir información que se refiere a los usos y divulgación de su plan de atención
- Para que su plan de atención siguen siendo privados y confidenciales, excepto cuando sea requerido y permitido por la ley
- Para recibir instrucciones sobre el manejo de retiro de drogas
- A la confidencialidad y privacidad de toda la información contenida en el registro del cliente / paciente y de la información de salud protegida; PHI sólo se compartirá con el Programa de Control del paciente, de acuerdo con las leyes estatales y federales
- Para recibir información sobre cómo acceder a la ayuda de grupos defensores de los consumidores para recibir la salud farmacia y la información de seguridad para incluir los derechos y responsabilidades de los consumidores
- Para saber acerca de la filosofía y las características del programa de manejo del paciente
- Para tener información de salud personal compartido con el programa de manejo del paciente sólo de acuerdo con las leyes estatales y federales
- Para identificar el miembro del personal del programa y su puesto de trabajo, y para hablar con un supervisor del miembro del personal si así lo solicita

- Para recibir información sobre el programa de manejo del paciente
- Para recibir información administrativa sobre los cambios en o terminación del programa de manejo del paciente
- Para rechazar la participación, revocar el consentimiento o darse de baja en cualquier momento
- Ser completamente informado de antemano acerca de la atención / servicio a prestar, incluyendo las disciplinas que suministre el cuidado y la frecuencia de las visitas, así como cualquier modificación en el plan de atención
- Ser informado, tanto de forma oral como por escrito, antes de la atención prestada, de los cargos, incluyendo el pago de atención / servicio que se espera de terceros y cualquier cargo para el cual el cliente / paciente será responsable
- Recibir información sobre el alcance de los servicios que la organización pondrá a disposición y limitaciones específicas en dichos servicios
- Participar en la elaboración y revisión periódica del plan de atención
- Rechazar la atención o tratamiento después de que las consecuencias de la atención o tratamiento negarse se presentan totalmente
- Ser informado de cliente / derechos de los pacientes bajo la ley estatal para formular una directiva avanzada, en su caso, han propiedad de uno y persona tratada con respeto, consideración y el reconocimiento de la dignidad del cliente / paciente y la individualidad
- Ser capaz de identificar que visitan los miembros del personal a través de la identificación apropiada
- Estar libre de maltrato, negligencia o abuso verbal, mental, sexual y física, incluyendo lesiones de origen desconocido, y la apropiación indebida de la propiedad del cliente / paciente
- quejas / reclamaciones de voz sobre el tratamiento o cuidado, falta de respeto a la propiedad o recomendar cambios en las políticas, el personal o el cuidado / servicio sin restricciones, interferencias, coerción, discriminación o represalias
- Tienen quejas / reclamaciones sobre el tratamiento o cuidado que es (o no ser) amueblado, o la falta de respeto de la propiedad investigado
- La confidencialidad y la privacidad de toda la información contenida en el registro del cliente / paciente y de la información de salud protegida
- Tenga en cuenta en las políticas y procedimientos de la agencia con respecto a la divulgación de la historia clínica
- Elegir un proveedor de cuidado de la salud, incluyendo la elección de un médico a cargo, en su caso
- Recibir atención médica adecuada, sin discriminación, de conformidad con las órdenes del médico, en su caso
- Ser informado de las ventajas financieras cuando se refiere a una organización
- Estar plenamente informados de los deberes de cada

Cliente / Responsabilidades del Paciente

- Para proporcionar información precisa y completa sobre su historial médico pasado y presente
- Para estar de acuerdo con un horario de los servicios e informar de cualquier cancelación de citas y / o tratamientos programados
- Para participar en la elaboración y actualización de un plan de atención
- Para comunicarse si comprende claramente el curso del tratamiento y plan de atención
- Para cumplir con el plan de atención e instrucciones clínicas
- Para aceptar la responsabilidad de sus acciones, en caso de rechazar el tratamiento o no cumplir con el tratamiento y los servicios prescritos
- Para respetar los derechos del personal de farmacia
- Para notificar a su médico y la farmacia con los posibles efectos secundarios y / o complicaciones
- Para notificar Nucara a través del teléfono cuando el suministro de medicamentos se está agotando por lo que una recarga pueden ser transportados a la brevedad
- Para presentar cualquier forma que son necesarios para participar en el programa en la medida requerida por la ley

- Para dar información clínica y de contacto exacta y para notificar al programa de gestión de pacientes de los cambios en esta información
- Para notificar a su proveedor de tratamiento de su participación en el programa de manejo del paciente, en su caso

Si tiene preguntas, inquietudes o problemas que requieren ayuda, llame al 1.877.636.9602. Las quejas se remitirán a la dirección, y te daremos una respuesta dentro de 5-10 días laborales.

Como contactar con la Entidad de Acreditación oportunas en su caso:

URAC información para presentar una queja

Página web: <https://urac.org/complaint/>

Dirección de correo electrónico: grievances@urac.org

Número de teléfono general: (202) 216-9010

También puede presentar una queja ante el Consejo Estatal de Iowa de Farmacia (State Board of Pharmacy)

ACHC información para presentar una queja

Página web: <http://achc.org/contact/complaint-policy-process>

Número de teléfono general: (855) 937-2242

Información del paciente

Después de horas de servicios:

El número de teléfono después de horas es (515) 266.4167. Puede dejar un mensaje después del horario normal de las órdenes de venta con receta.

Procedimiento de reclamación:

Usted tiene el derecho y el deber de expresar sus preocupaciones, insatisfacción o presentar quejas sobre los servicios que usted quiere o no recibir sin temor a represalias, la discriminación o la interrupción injustificada de los servicios. El número de teléfono es (515) 266.4167 Cuando se llama a pedir hablar con el farmacéutico encargado.

NuCara Specialty Pharmacy tiene un procedimiento formal de quejas que asegura que se revisarán sus preocupaciones y comenzó una investigación dentro de las 48 horas y usted será contactado dentro de los 5 días hábiles con una actualización. Se hará todo intento de resolver todas las quejas dentro de los 14 días. Se le informará por escrito o por teléfono de la resolución de la queja / reclamación.

Efectos adversos de la medicación:

Si usted está experimentando los efectos adversos de la medicación por favor, póngase en contacto con su médico o farmacia NuCara Specialty Pharmacy.

Protocolos de sustitución de drogas:

De vez en cuando es necesario sustituir los medicamentos genéricos por medicamentos de marca. Esto podría ocurrir debido a su compañía de seguros prefiriendo la genérica dispensar o para reducir su copago. Si un cambio necesita ser hecho, un miembro del personal de la farmacia de especialidad será seguro para indicar el cambio en el frasco del medicamento.

Eliminación adecuada de los medicamentos no utilizados:

Para obtener instrucciones sobre cómo disponer adecuadamente de los medicamentos no utilizados póngase en contacto con NuCara Specialty Pharmacy o instrucciones para ir a por debajo de la FDA para los sitios web de información e instrucciones

<http://www.fda.gov/forconsumers/consumerupdates/ucm101653.htm>

<http://www.fda.gov/drugs/resourcesforyou/consumers/buyingusingmedicinesafely/ensuringsafeuseofmedicine/safedisposalofmedicines/ucm186187.htm>

Plan de Preparación para Emergencias y Desastres

NuCara Specialty Pharmacy tiene un plan integral de preparación para emergencias en el lugar en caso de que ocurra un desastre. Los desastres pueden incluir el fuego a nuestras instalaciones, derrames de productos químicos en la comunidad, huracanes, tormentas de nieve, tornados y las evacuaciones de la comunidad. Nuestro objetivo principal es continuar para dar servicio a sus necesidades de cuidado de la prescripción. Cuando hay una amenaza de desastre o las inclemencias del tiempo en el área local. NuCara Specialty Pharmacy pondrá en contacto con usted cuando sea necesario, sin embargo, si habrá una amenaza de desastre o las inclemencias del tiempo en una zona en la que reside, que está fuera de la zona central de Iowa es su responsabilidad ponerse en contacto con la farmacia antes de la ocurrencia (si está permitido). Este proceso se asegurará de que usted tiene suficiente medicamento para sostener usted.

NuCara Specialty Pharmacy utilizará todos los recursos disponibles para continuar para mantenerle. Sin embargo, puede haber circunstancias en las que NuCara Specialty Pharmacy no puede satisfacer sus necesidades debido a la magnitud del desastre. En ese caso, debe utilizar los recursos de su rescate local o centro médico. Por favor lea la siguiente guía para ayudante que en el caso de una emergencia o desastre:

1. emergencias como una tormenta de nieve que utilizan las actualizaciones del tiempo como punto de referencia
 - a. Si no está en la zona central de Iowa y está consciente de que va a experimentar las inclemencias del tiempo usted es responsable de llamar a la farmacia 1-2 días antes de la aparición (en su caso).
2. La farmacia priorizar y enviar el medicamento a través de mensajería o de entrega al día siguiente UPS, si es necesario durante las emergencias climáticas adversas sospechosas.
3. Si la farmacia no puede obtener su medicamento para usted antes de un acontecimiento de emergencia inclemencias del tiempo la farmacia transferirá su medicamento a una farmacia de especialidad local para que no se vaya sin medicación.
4. Si se produce un desastre local y la farmacia no puede llegar a usted o usted no puede llegar a la farmacia, por favor escuchen a sus centros de noticias y rescate locales para el asesoramiento en la obtención de medicamentos. Visite a su hospital local inmediatamente si va a tomar varias dosis.
5. La farmacia recomienda a todos los pacientes dejan un número de emergencia secundaria.
6. Si usted tiene una emergencia que no es ambiental, sino personal y que necesita su medicación, póngase en contacto con la farmacia a su conveniencia y que, ayudará usted.

Información de Seguridad del Hogar

Aquí hay algunas pautas útiles para ayudar a mantener un ojo atento en su casa y mantener buenos hábitos de seguridad. La forma más segura es siempre la manera correcta de hacer las cosas. Los accesos directos pueden hacer daño. condiciones inseguras correctas antes de que causen un accidente. Asumir la responsabilidad. Mantenga su hogar seguro. Mantenga los números telefónicos de emergencia a mano.

Medicación

- Si los niños están en el hogar, medicamentos y venenos almacenar en recipientes a prueba de niños y fuera del alcance.
- Todos los medicamentos deben ser etiquetados de manera clara y dejados en sus envases originales.
- No dar o tomar medicamentos que le recetó a otra persona.
- Al tomar o dar el medicamento, lea la etiqueta y medir dosis cuidadosamente. Conocer los efectos secundarios de la medicación que esté tomando.
- Bote los medicamentos vencidos vertiendo en un fregadero, lavado por el inodoro.

Los productos de movilidad

Cuando el uso de elementos de movilidad para moverse por ejemplo; bastones, andadores, sillas de ruedas o muletas debe utilizar un cuidado especial para evitar resbalones y caídas.

- Tener mucho cuidado para evitar el uso de andadores, bastones o muletas en superficies resbaladizas o mojadas.
- Siempre ponga las sillas de ruedas o andadores sentados en la posición de bloqueo cuando se levanta o se vaya a sentar
- Use zapatos cuando se utilizan estos elementos y se trate de evitar los obstáculos en su camino y superficies blandas e irregulares.

Los resbalones y caídas

Resbalones y caídas son los más graves accidentes en el hogar más común y con frecuencia. Aquí hay algunas cosas que puede hacer para prevenirlas en su casa.

- Arreglar los muebles para evitar una carrera de obstáculos
- Instalar barandillas en todas las escaleras, duchas, bañeras y lavabos.
- Mantener encendido escaleras clara y bien
- Colocar alfombras de goma o rejillas en duchas y bañeras.
- Utilizar bancos de baño o ducha sillas si tiene debilidad muscular, dificultad para respirar o mareos.
- Limpiar todo el agua derramada, aceite o grasa inmediatamente.
- Recoger y mantener las sorpresas de debajo de los pies, incluyendo los cables eléctricos y alfombras.
- Mantenga los cajones y armarios cerrados
- Instalar una buena iluminación para evitar andar a tientas en la oscuridad.

Levantamiento

Si es demasiado grande, demasiado pesado o demasiado torpe para moverse por sí sola, busque ayuda. Aquí hay algunas cosas que puede hacer para prevenir el dolor de espalda baja o lesión.

- De pie cerca de la carga con los pies separados para un buen equilibrio.
- Doble las rodillas y horcajadas sobre la carga.
- Mantenga la espalda tan recta como sea posible mientras que levantar y llevar la carga.
- Evitar doblar el cuerpo cuando se lleva una carga.
- Planificar el futuro - despejar su camino.

Los accidentes eléctricos

Observe si hay señales de alerta temprana; sobrecalentamiento, un olor a quemado, chispas. Desenchufe el aparato y que lo revisen de forma inmediata. Aquí hay algunas cosas que puede hacer para prevenir accidentes eléctricos.

- Mantenga los cables y aparatos eléctricos lejos del agua.
- No conecte los cables debajo de las alfombras, a través de puertas o cerca de calefactores. Compruebe los cables de los daños antes de su uso.
- Los cables de extensión deben tener un cable lo suficientemente grande para electrodomésticos grandes.
- Si usted tiene una toma de enchufe rota o el cable, te lo arreglen de forma inmediata.
- No sobrecargue los enchufes con demasiados enchufes.
- Utilizar adaptadores de tres clavijas cuando sea necesario.

Huele a gas?

- Abra las ventanas y puertas.
- Apagar el aparato en cuestión. Es posible que pueda hacer referencia a la parte delantera de la guía telefónica para recibir instrucciones acerca de apagar el gas a su hogar.
- No use fósforos o activar interruptores eléctricos.
- No utilice el teléfono - marcación puede generar chispas eléctricas.
- Hacer velas no luz.
- Llame a la compañía de gas desde la casa de un vecino.
- Si su compañía de gas ofrece inspecciones anuales libres, tomar ventaja de ellos.

Fuego

- Tomar medidas inmediatas por plan -Escape es su máxima prioridad.
- Obtener ayuda en el camino - sin demora. LLAMÁ AL 911.
- Si su salida de incendios se corta, cierre la puerta y sellar las grietas de contener el humo. ayuda de la señal de la ventana.

Lavarse las manos adecuadamente / Control de Infecciones

- El paso más importante para prevenir la propagación de gérmenes e infecciones es lavarse las manos. Lávese las manos con frecuencia. Asegúrese de lavarse las manos cada vez que:
 - Toque ninguna sangre o fluidos corporales
 - Toque chatas, apósitos, u otros artículos sucios
 - Usar el baño o sanitario de cama
- Si tiene tos, estornudos, o sonarse la nariz, limpiar las manos con frecuencia. Antes de comer, lávese siempre las manos. He aquí cómo se debe limpiar las manos con agua y jabón:
 - Humedecer las manos y las muñecas con agua tibia.
 - Use jabón. Trabajar hasta una buena espuma y frotar con fuerza durante 15 segundos o más.
 - Enjuague bien las manos.
 - Secar bien las manos.
 - Use una toalla de papel limpia para cerrar el agua. Tira la toalla de papel.
- He aquí cómo usted debe lavarse las manos con desinfectantes para las manos (limpiador de manos):
 - Para el producto de gel de utilizar una sola aplicación.
 - Para el producto de espuma de utilizar una cantidad del tamaño de una pelota de golf.
 - Aplique el producto en la palma de su mano.
 - Frota las manos. Cubrir todas las superficies de las manos y los dedos hasta que se sequen.

ACUSE DE RECEPCIÓN DE PAQUETES DE INFORMACIÓN

Por favor, confirma que ha recibido NuCara Specialty Pharmacy al firmar y regresar esta forma en el sobre con franqueo pagado adjunto. Los formularios completos pueden ser enviados por correo o entregados en:

NuCara Specialty Pharmacy

5042 Maple Drive

Pleasant Hill, IA 50327

Confirmando que he recibido NuCara Specialty Pharmacy paquete de bienvenida, que incluye horas de operación, información de contacto, Derechos del Paciente y Responsabilidades, aviso de privacidad, obligación financiera y programas de asistencia, Encuesta de satisfacción del paciente y proceso de quejas.

Nombre (en letra de imprenta) _____

firma _____

Dirección de Envío _____

Código postal _____

Tel _____

Fecha _____

Gracias por elegir NuCara Specialty Pharmacy para dar servicio a todas sus necesidades de farmacia usted.