



JTJ MEDICAL SUPPLY, INC.

Manual de Bienvenida

“Para satisfacer sus necesidades de farmacia especializada”

Oficinas Centrales:
2692 Oak Ridge Court, Fort Myers, FL 33901
Phone: 800-939-2022. Fax 855-523-0910

¡Bienvenido!

Estimado Paciente,

Bienvenido a JTJ Medical Supply, Inc. que opera las diferentes localidades de Mail-Meds Clinical Pharmacy.

En Mail-Meds Clinical Pharmacy entendemos que sus necesidades de atención médica son individuales y requieren una atención especializada. Nuestros servicios son centrados en el individuo, no sólo en la enfermedad. Formamos parte de su equipo personal de atención a su salud, brindándole esa relación que necesita, que sea respetuosa y sensible con sus preferencias, necesidades y valores. Queremos ayudarle de las siguientes formas a obtener el mayor beneficio de sus medicamentos:

- Escuchándole acerca de cómo sus medicamentos están trabajando.
- Monitoreando la eficacia y adherencia a sus medicamentos.
- Proporcionándole apoyo en otras condiciones o síntomas que pueda desarrollar.
- Brindándole la educación que necesite sobre medicamentos y/o condiciones médicas.
- Coordinando sus servicios y cooperando activamente con su médico.
- Verificándole y explicándole los beneficios de su seguro de salud.
- Coordinando los beneficios de su seguro y consiguiéndole beneficios adicionales cuando existan fondos disponibles.
- Ofreciéndole acceso a farmacéuticos clínicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Matriculándole en nuestro Programa de Cuidado a Pacientes.
- Desarrollando un plan de cuidado al paciente personalizado.
- Proveyéndole acceso a un equipo de personal calificado, empático y compasivo que le facilitarán el proceso de ordenar recetas y repeticiones.
- Ofreciéndole nuestro empaque especializado de medicamentos con servicio de entrega conveniente.

Además, puede acceder a nuestra página web en www.mailmeds.com las 24 horas del día para obtener más información sobre los programas que ofrecemos.

Nuestro horario de servicios varía según la localidad. Por favor pase a la página 5 de este manual de bienvenida para conocer los horarios de servicios de cada localidad. Comuníquese con nosotros usando nuestra línea gratuita a continuación:

- Teléfono: (800) 939-2022
- Fax: (855) 523-0910

En este manual encontrará información sobre Mail-Meds Clinical Pharmacy, los servicios que ofrecemos, medidas de seguridad y otros datos importantes para su conocimiento. Por favor, tómese unos minutos para leer detenidamente el contenido de este manual y guárdelo en un lugar seguro para referencia futura. Si tiene alguna duda o pregunta no dude en contactar los Coordinadores de Beneficios de Salud, que son los procuradores del paciente, al número (800) 939-2022, opción número 3.

Comprendemos bien que usted tiene múltiples opciones de farmacias para escoger. ¡Por esto nos sentimos muy honrados de que nos brinde su confianza para ser su farmacia especializada!

Atentamente,

El equipo de Mail-Meds Clinical Pharmacy



Mail-Meds
CLINICAL PHARMACY

Tabla de contenido

| | |
|---|-------|
| Información Acerca de JTJ Medical Supply | 4-5 |
| Mail-Meds Clinical Pharmacy en Resumen | 4 |
| Misión y Visión | 4 |
| Declaración de No Discriminación | 4 |
| Horario de Servicios | 5 |
| Localidades | 5 |
| Servicios Fuera del Horario de Operaciones | 5 |
| Plan de Contingencia para Desastres | 6 |
| ¿Qué esperar de Mail-Meds Clinical Pharmacy? | 6-7 |
| Definición de Farmacia Especializada | 7 |
| Programa para Manejo Clínico del Paciente | 7-12 |
| Programa de Adherencia a Medicamentos | 8-9 |
| Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM)..... | 9 |
| Revisión de Utilización de Medicamentos (DUR, por sus siglas en inglés) | 10 |
| Comunicación y Educación al Paciente | 10-11 |
| Coordinación de Servicios y Cuidado a la Salud..... | 11 |
| Beneficios y Limitaciones del Programa | 11 |
| Información al cliente | 12-16 |
| ¿Cómo Ordenar una Receta? | 12 |
| Orden de Repeticiones..... | 12 |
| Retraso en las Ordenes | 13 |
| Coordinación de Repeticiones con la Oficina del Médico..... | 13 |
| Verificación del Estatus de una Orden, Entregas y Envíos | 13-14 |
| Servicio de Entregas en Caso de Emergencia | 14 |
| Sustitución a Bioequivalentes | 14 |
| Medicamentos no Disponibles | 14-15 |
| Reportar un Problema Relacionado al Medicamento | 15 |
| Reacción Adversa a Medicamentos | 15 |
| Emergencia Médica..... | 15 |
| Sustancias Controladas | 15 |
| Retiro de Drogas | 15-16 |
| Devoluciones de Productos y/o Suministros | 16 |
| Cambios en Regulaciones | 16 |
| Defensa del Consumidor..... | 17 |
| Satisfacción del Cliente | 17-18 |
| Derechos y Responsabilidades del Cliente | 19-28 |
| Derechos y Responsabilidades del Paciente | 19-21 |
| Aviso de Prácticas de Privacidad | 22-28 |
| Consentimiento de Comunicación y Contacto del Paciente | 29-30 |
| Preocupaciones y Quejas del Paciente | 31-32 |
| Obligaciones Financieras y Asistencia | 33-36 |
| Asignación de Beneficios..... | 35 |
| Solicitud de Asistencia Financiera..... | 36 |
| Seguridad y Educación del Paciente | 37-42 |
| Recibo de Entrega del Manual de Bienvenida | 43 |

INFORMACIÓN ACERCA DE JTJ MEDICAL SUPPLY, INC. MAIL-MEDS CLINICAL PHARMACY, EN RESUMEN

Misión y Visión

La misión de JTJ Medical Supply, Inc. es ser el líder en la industria en mejorar la adherencia de medicamentos en personas con enfermedades crónicas y con terapias de múltiples medicamentos. En una industria de salud centrada en mejorar los resultados de la terapia de medicamentos para reducir costos, la adherencia a medicamentos es y seguirá siendo un factor clave para alcanzar estos objetivos. JTJ Medical Supply, Inc. utiliza tecnologías sorprendentes e innovadoras que mejorarán la adherencia a medicamentos de los clientes que tienen terapias de medicamentos confusas y complicadas. Nuestro enfoque hacia la adherencia debe formar parte de toda iniciativa para el manejo de una condición buscando mejorar la tasa de adherencia, lo que a la larga resulte en una mejor salud y calidad de vida para el paciente.

La visión de JTJ Medical Supply, Inc. es el manejo de regímenes complejos de medicamentos que promuevan el uso consistente, seguro, efectivo y que se adapte específicamente a las necesidades de salud y bienestar únicas de cada individuo.

Declaración de No Discriminación

JTJ Medical Supply, Inc. DBA Mail-Meds Clinical Pharmacy no discrimina por motivos de raza, color, religión (credo), género, expresión o identidad de género, edad, origen nacional (ascendencia), discapacidades, estado civil, orientación sexual, oficio militar, estatus de veterano o cualquier otra característica protegida por ley federal, estatal o local, en cualquiera de sus actividades o servicios. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, la contratación y el despido de personal, selección de internos, proveedores y la prestación de servicios. Estamos comprometidos a proporcionar un entorno inclusivo y acogedor para todos los miembros de nuestro personal, los clientes, internos, consultores, socios de negocio y proveedores de servicios.

Horas de Servicios

Horario de Servicios - varía según la localidad.

- Favor ver la página 5 para conocer el horario de cada localidad
- Todas las localidades permanecen cerradas los sábados y domingos

Días Feriados:

- Día de Año Nuevo (1 de enero)
- Día de Martin Luther King (Tercer lunes de enero)
- Viernes Santo
- Día de la Recordación (el último lunes de mayo)
- Día de la Independencia (4 de julio)
- Día del Trabajo (El primer lunes de septiembre)
- Día de Acción de Gracias (El cuarto jueves de noviembre)
- Viernes después del Día de Acción de Gracias (El cuarto viernes de noviembre)
- Noche buena (24 de diciembre)
- Día de Navidad (25 de diciembre)
- Víspera de Año Nuevo (31 diciembre)

Número libre de costo: (800)-939-2022

- Servicio al cliente incluyendo sus preguntas sobre la orden de medicamento, **presione Opción 3**
- Preguntas sobre su cuenta o saldos y cobros, **presione Opción 4**

Número de Fax: (855)-523-0910

Portal en línea: www.mailmeds.com

Nuestras Diferentes Localidades:

Arizona

2331 W Royal Palm Road
Phoenix AZ 85015
(800) 939-2022 - Libre de Costo
(602) 600-0813 - **Local**

Abierto: Lunes – Viernes 8:30 AM – 5:30 PM
Cerrado: Sábados y Domingos

4350 N. 19th Ave., Bld. 2
Phoenix, AZ 85015
(800) 939-2022 - Libre de Costo
(602) 806-6239 - **Local**

Abierto: Lunes – Viernes 8:30 AM – 5:30 PM
Cerrado: Sábados y Domingos

South Carolina

1911 Hampton St
Columbia, SC 29201
(800) 939-2022 - Libre de Costo
(803) 250-5520 - **Local**

Abierto: Lunes – Jueves 8:30 AM – 5:30 PM
Viernes 8:30 AM – 12:30 PM
Cerrado: Sábados y Domingos

Virginia

1001 Monticello Ave, Suite #100
Norfolk, VA 23510
(800) 939-2022 - Libre de Costo
(757) 998-8221 - **Local**

Abierto: Lunes – Viernes 8:30 AM – 5:30 PM
Cerrado: Sábados y Domingos

Florida

2692 Oak Ridge Court
Ft. Myers, Florida 33901
(800) 939-2022 - Libre de Costo
(239) 939-9226 - **Local**

Abierto: Lunes – Viernes 9:00 AM – 5:30 PM
Cerrado: Sábados y Domingos

1435 Dunn Ave., Suite #102
Daytona Beach, Florida 32114
(800) 939-2022 - Libre de Costo
(386) 675-1035 - **Local**

Abierto: Lunes a Jueves 8:00 AM – 6:00 PM
Cerrado: Viernes, Sábados y Domingos

1301 West Colonial Dr. Suite #102
Orlando, Florida 32804
(800) 939-2022 - Libre de Costo
(407) 768-1281 - **Local**

Abierto: Lunes – Viernes 8:30 AM – 5:30 PM
Cerrado: Sábados y Domingos

3251 3ra Avenida N, Suite #125
St Petersburg, Florida 33713
(800) 939-2022 - Libre de Costo
(727) 440-8038 - **Local**

Abierto: Lunes – Viernes 9:00 AM – 5:30 PM
Cerrado: Sábados y Domingos

2200 South Monroe St.
Tallahassee, Florida 32301
(800) 939-2022 - Libre de Costo
(850) 895-1933 - **Local**

Abierto: Lunes – Viernes 8:30 AM – 5:30 PM
Cerrado: Sábados y Domingos

Servicios Fuera del Horario de Operaciones

Nuestro personal está disponible las 24 horas del día, 7 días de la semana todo el año. Llamando a nuestra línea de teléfono libre de costo, nuestro servicio de operadores responderá todas las llamadas fuera del horario de operaciones. Puede dejar un mensaje con nuestros operadores le devolveremos la llamada al próximo día laborable. Si su llamada necesita nuestra atención inmediata, puede solicitar hablar con un farmacéutico que le devolverá la llamada en un plazo no mayor de 30 minutos.

Plan de Contingencia para Casos de Emergencias o Desastres Naturales

JTJ Medical Supply, Inc. DBA Mail-Meds Clinical Pharmacy tiene un plan de contingencia en caso de desastres y emergencias. Un desastre puede incluir: incendios, inundaciones, huracanes, tornados y evacuaciones. Le contactaremos para evaluar sus necesidades de medicamentos cuando se aproxime una tormenta. Nuestro objetivo principal es continuar sirviéndole sin interrupción. Por favor contáctenos acerca de cualquier medicamento que necesite cuando exista cualquier amenaza en su área. De esta forma nos podremos asegurar que no le falten medicamentos.

Si ocurre un desastre, siga las instrucciones de las autoridades en su área. Mail-Meds Clinical Pharmacy utilizará todos los recursos disponibles para continuar atendiéndole. Pueden existir circunstancias en las que el alcance de un desastre nos impida cumplir con nuestro servicio. De darse este caso debe utilizar los recursos del área donde se encuentra.

¿QUÉ ESPERAR DE MAIL-MEDS CLINICAL PHARMACY?

Reconocemos que el manejo de una condición crónica puede ser abrumador en ocasiones. En Mail-Meds Clinical Pharmacy estamos aquí para ti, nuestro atento personal está dedicado a trabajar con usted, sus médicos, enfermeras, amigos y familiares como un miembro adicional del equipo médico. Porque usted es nuestro propósito principal, puede esperar de nosotros lo siguiente:

- **Atención personalizada al paciente:** Trabajaremos con usted para discutir su plan de tratamiento y le contestaremos preguntas o inquietudes que pueda tener. Estamos aquí para usted 24/7.
- **Colaboración con su médico:** Siempre mantendremos buena comunicación con usted, sus médicos y cuidadores. Estamos aquí para ayudarle a resolver rápidamente con su médico cualquier problema o preocupación que usted pueda tener.
- **Seguimiento:** Para nosotros es primordial que reciba los medicamentos y suministros de una manera rápida y fácil. Seremos defensores de su cuidado médico y nos mantendremos en contacto.
- **Beneficios:** En ocasiones los medicamentos pueden resultar costosos y el sistema de salud muy complejo para navegar. Le ayudaremos a explorar sus beneficios y todas las opciones que se encuentren disponibles. Nuestra relación con las aseguradoras, fundaciones y programas de asistencia a copago le ayudarán con información y soluciones sobre sus beneficios médicos. El cuidado de su salud es nuestra máxima prioridad.
- **Entregas y Envíos:** Ofrecemos entrega rápida y conveniente a su hogar, su lugar de trabajo, la oficina de su médico, o la dirección que usted prefiera. Un representante le contactará de cinco a siete días antes que se le termine el suministro de sus medicamentos para coordinar la próxima repetición, actualizar la información y confirmar la fecha de la próxima entrega y envío.
- **Ayuda 24/7:** Contacte nuestro personal 24 horas al día los 7 días de la semana. Siempre estamos disponibles para contestar cualquier pregunta o preocupación que pueda tener.

En Mail-Meds Clinical Pharmacy **le recomendamos que nos contacte si:**

- Tiene preguntas sobre los procedimientos de medicamentos.
- Necesita ordenar repeticiones de medicamentos o artículos.
- Está teniendo problemas con los medicamentos o ha experimentado cambios en su condición.
- Usted va al hospital, su condición empeora o su terapia se interrumpe por alguna razón.
- Hay algún cambio en su terapia de medicamentos o de equipo médico.

- El médico le indica que terminó su terapia de medicamentos.
- Tiene cualquier preocupación acerca de su seguridad.
- Tiene dudas sobre facturación o necesita proporcionarnos la información de una nueva cubierta de seguro médico, nueva dirección o número de teléfono.

DEFINICIÓN DE FARMACIA ESPECIALIZADA

Farmacia especializada es el servicio creado para el manejo y servicio de medicamentos especializados. Esto incluye el proceso de despacho, entrega, asistencia financiera con gastos adicionales del paciente y otros servicios específicos para pacientes con condiciones crónicas o poco prevalentes.

La farmacia especializada está diseñada para mejorar los resultados de salud en pacientes con condiciones complejas. Esto al mantener comunicación continua con especialistas de salud. Los especialistas de Mail-Meds Clinical Pharmacy ofrecen educación al paciente, aseguran el uso correcto de medicamentos, promueven adherencia a la terapia y tratan de evitar costos adicionales. La farmacia especializada es un sistema de apoyo que trabaja en conjunto con el equipo interdisciplinario de atención médica del paciente. La farmacia especializada ayuda al paciente a encontrar recursos adicionales de asistencia financiera para disminuir o eliminar costos al bolsillo del paciente.

Las condiciones de farmacia especializada que Mail-Meds Clinical Pharmacy ofrece, incluyen:

- Hepatitis C
- VIH/SIDA

PROGRAMA DE MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE

Los servicios de Mail-Meds Clinical Pharmacy van más allá del despacho de recetas. Ofrecemos un Programa de Manejo Clínico de Pacientes que ayuda los pacientes a lograr las metas del tratamiento y reducir los costos de los pagadores y proveedores.

Mail-Meds Clinical Pharmacy provee un enfoque centrado en el paciente brindando servicios que han demostrado mejorar los resultados del tratamiento. Estos servicios de cuidado a la salud se ofrecen con la mayor calidad posible y bajo la experimentada dirección de farmacéuticos clínicos y personal adiestrado.

El personal clínico de Mail-Meds Clinical Pharmacy ayuda a cada paciente con sus necesidades únicas, ofreciendo consultas libres de costo y manteniendo comunicación con otros miembros del equipo médico. Los farmacéuticos de Mail-Meds Clinical Pharmacy que supervisan el Programa de Manejo Clínico del Paciente poseen un doctorado en farmacia entre otras credenciales adicionales.

Nuestro Programa de Manejo Clínico del Paciente contiene varios componentes:

- Programa de Adherencia a Medicamentos
- Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM)
- Revisión de Utilización de Medicamentos (DUR, por sus siglas en inglés)
- Comunicación y Educación de Paciente
- Coordinación de Servicios y Cuidado a la Salud
- Programa de Mejoramiento Continuo de Calidad

Al recibir la receta o referido de su médico, un farmacéutico clínico evaluará el estado de su condición, porque de ello depende la terapia recomendada. Basado en los hallazgos, el farmacéutico desarrollará un plan de cuidado individualizado basado en los estándares más actualizados basados en evidencia clínica. El plan de

cuidado delineará pasos y metas específicas para atender sus necesidades y fortalezas.

Nuestro personal llevará a cabo reevaluaciones continuas con usted. Estas evaluaciones atienden posibles cambios necesarios en su tratamiento y servicios. Este plan se actualizará según sea necesario. Las reevaluaciones periódicas se efectuarán mínimo cada tres (3) meses.

Nuestro Programa de Manejo Clínico del Paciente está basado en estándares basados en evidencia clínica y prácticas que han demostrado mejorar los resultados de salud. Los servicios clínicos proporcionados incluyen:

- Historial de salud personalizado y revisión del perfil de medicamentos
- Pre-autorizaciones para cubierta de necesidad médica
- Evaluaciones y reevaluaciones clínicas del plan de cuidado
- Consultas farmacéuticas basadas en las necesidades del paciente a solicitud de este
- Mantenimiento actualizado del perfil de medicamentos
- Revisión de dosis y cantidad
- Revisión de utilización de medicamentos (DUR, por sus siglas en inglés)
- Programas de asistencia a copagos
- Coordinación de referidos de cuidado

Programa de Adherencia a Medicamentos

Mail-Meds Clinical Pharmacy es el líder de adherencia en la industria. La adherencia es la práctica clínica de mejorar la regularidad con la que los pacientes se toman sus medicamentos en terapias complejas. Las farmacias basadas en adherencia ofrecen a los pacientes un programa de atención de cuidado que incluye educación del paciente, recordatorios de repeticiones y herramientas de adherencia que incluyen el empaque organizado de medicamentos y recordatorios en el horario de las dosis. En casos más complejos, la tecnología se puede utilizar para recordatorios y mensajes de administración. Estos servicios también ofrecen la capacidad de monitorear el progreso de adherencia a los medicamentos de manera remota por parte del cuidador.

Mail-Meds Clinical Pharmacy ha reunido estas tecnologías de última generación con cuidado de atención centrada en el paciente para desarrollar nuestro Programa de Adherencia de Seis Pasos.

Este programa incluye:

- Paso 1: Matrícula telefónica o en el hogar para el programa de servicios
- Paso 2: Revisión de la terapia de medicamentos
- Paso 3: Sincronización de los medicamentos y fechas de despacho
- Paso 4: Herramientas de adherencia
- Paso 5: Educación al paciente sobre medicamentos, entrega y envíos
- Paso 6: Monitoreo de adherencia y servicio de repeticiones

La adherencia a medicamentos es crucial para obtener resultados exitosos en la terapia de una condición crónica. La pobre adherencia aumenta el riesgo de un impacto negativo en los recursos económicos y la calidad de vida del paciente.

El objetivo de Mail-Meds Clinical Pharmacy es mantener los más altos estándares de adherencia a medicamentos. Nuestro programa de adherencia a medicamentos identifica los pacientes que no se adhieren a su terapia de medicamentos. Cuando se identifica la poca adherencia de un paciente, Mail-Meds Clinical

Pharmacy trabaja con el paciente, su equipo de atención médica y otros recursos disponibles para implementar intervenciones que mejorarán la adherencia a los medicamentos del paciente. Mail-Meds Clinical Pharmacy también utiliza datos medibles que se analizan para establecer la adherencia a medicamentos mediante uno de estos dos métodos:

- Razón de posesión de medicamentos (MPR, por sus siglas en inglés)
- Proporción de días cubiertos

Los resultados son revisados trimestralmente por el Comité de Mejoramiento Continuo de Calidad de Mail-Meds Clinical Pharmacy (CQIC, por sus siglas en inglés).

Mail-Meds Clinical Pharmacy proporciona servicios de adherencia que no sólo mejoran la coordinación y comunicación de los servicios de salud entre proveedores y el paciente, sino que también capacita al paciente para manejar su terapia compleja de medicamentos, a la vez que mejora su salud y calidad de vida.

Manejo de la Terapia de Medicamentos (MTM)

El manejo de la terapia de medicamentos (MTM) es el cuidado proporcionado por los farmacéuticos cuyo objetivo es optimizar la terapia farmacológica y mejorar los resultados de salud.

Usted puede ser elegible para este servicio sin costo alguno, a través del programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM) proporcionado por Mail-Meds Clinical Pharmacy si cumple con los siguiente:

- Usted pertenece a un plan de Medicare Parte-D
- Está tomando medicamentos para dos o más condiciones

El programa le ayuda a usted y a su médico a asegurar que sus medicamentos están funcionando. Un farmacéutico de Mail-Meds Clinical Pharmacy se pondrá en contacto con usted para llevar a cabo una Revisión Comprensiva de Medicamentos (CMR, por sus siglas en inglés) sobre todos sus medicamentos y para hablar con usted sobre:

- Qué tan bien están funcionando sus medicamentos
- Posibles efectos secundarios
- Si existen interacciones entre los medicamentos que está tomando y
- Si los costos de copagos pueden reducirse

Recibirás un resumen por escrito de la discusión, incluyendo el plan de acción que se recomienda y lo que puede hacer para mejorar el uso de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos personalizada (PML, por sus siglas en inglés) que incluirá el propósito de cada medicamento que toma.

Es buena idea programar tu revisión de medicamentos antes de tu visita a la oficina médica, para que pueda discutir con su doctor el plan de acción y lista de medicamentos. Lleve siempre con usted su plan de acción y la lista de medicamentos cuando visite o hable con su médico, cuando visite un hospital o hable con otros proveedores de atención médica.

Revisión de Utilización de Medicamentos (DUR)

Mail-Meds Clinical Pharmacy tiene un programa de Revisión de Utilización de Medicamentos (DUR, por sus siglas en inglés) diseñado para verificar el uso apropiado y efectivo de medicamentos que a su vez promueva la seguridad de los pacientes en su cuidado y pueda reducir los costos de medicamentos al paciente,

pagadores y proveedores de cuidado.

La revisión de utilización de medicamentos es un proceso continuo. Nuestro programa de computadora compara los estándares de uso de cada medicamento durante el proceso de facturación y despacho para identificar potenciales problemas. Las áreas de problemas incluyen:

- Alergias a medicamentos
- Interacciones entre condiciones de salud y el medicamento
- Interacciones entre dos medicamentos
- Terapia duplicada
- Dosis o duración de la terapia incorrectas
- Sobreutilización
- Subutilización
- Abuso clínico o mal uso clínico

El programa de computadora alerta a nuestro farmacéutico de posibles problemas. El farmacéutico examinará cada área del DUR para prevenir el uso de terapia farmacológica innecesaria o inadecuada, prevenir reacciones adversas a medicamentos y mejorar la eficacia general de la terapia.

Comunicación y Educación al Paciente

En Mail-Meds Clinical Pharmacy, construir una relación con usted basada en la confianza es primordial. Entendemos que la comunicación es un requisito para este proceso. Sin excepciones, la experiencia del paciente está influenciada por la forma en que se brinda ese cuidado. Nuestro personal está capacitado para no comunicarse en términos médicos complicados, y nuestra comunicación se adapta a la edad, el idioma y la capacidad de cada paciente para poder entender el tratamiento, procesos y preocupaciones relacionadas con su atención médica. A través de la comunicación con nuestro equipo usted podrá:

- Reafirmar su conocimiento
- Estar a gusto y tranquilo
- Ser tomado en serio
- Entender plenamente su enfermedad
- Expresar sus miedos y preocupaciones
- Sentirse empoderado
- Ser motivado para continuar su régimen de medicamentos
- Ser escuchado el tiempo necesario y ser tratado con respeto

La comunicación efectiva va más allá de la calidad y el cuidado personalizado. Es también un instrumento por el cual mejoramos la participación del paciente en el cuidado de su salud.

La comunicación se puede ver afectada por el idioma, la cultura, religión, estatus socioeconómico, nivel de alfabetización y las habilidades físicas o cognitivas de un paciente. El equipo de Mail-Meds Clinical Pharmacy está adiestrado para atender estas necesidades especiales recogidas en plan de cuidado de cada paciente.

En el caso de pacientes que tienen barreras de comunicación, como pacientes que no hablan inglés, con problemas visuales, del habla o audición, Mail-Meds Clinical Pharmacy ofrece el uso de dispositivos especiales, traductores, material de información adaptados y ayudas audiovisuales. Tenemos personal que hablan español, creol, ruso y vietnamita. Ofrecemos servicios de traducción en más de 115 idiomas y poseemos recursos de educación de medicamentos en su idioma. Nuestro sitio web (www.mailmeds.com) se puede

traducir en más de 100 idiomas seleccionando el enlace "Seleccionar idioma". Para nuestros pacientes con impedimento visual tenemos etiquetas de medicamentos en braille, letra grande y etiquetas con diálogo en sonido de voz.

Nuestros Coordinadores de Beneficios de Salud evaluarán las necesidades de comunicación del paciente o cuidador al momento de ser referido. Se desarrollará un Plan de Cuidado para la educación o adiestramiento específico a la necesidad y preferencias del paciente o cuidador. Se tomará en consideración todas las barreras, impedimento o limitación. Notifíquenos en caso de ocurrir algún cambio en sus preferencias, haremos todo lo necesario para brindarle materiales de educación para su necesidad o preferencia.

Coordinación de Servicios y Cuidado a la Salud

Mail-Meds Clinical Pharmacy coordinará la resolución de problemas de medicamentos a toda costa. Cuando sea necesario, consultaremos al paciente, al seguro o al médico. Además, podemos coordinar la prestación de servicios a través recursos internos o externos, ya sean contratados o referidos al recurso apropiado. Los proveedores de servicios contratados por Mail-Meds Clinical Pharmacy comparten la información necesaria para proporcionar la atención y/o servicios adecuados. Toda información compartida cumple con las regulaciones de la ley HIPAA.

Beneficios y Limitaciones del Programa

Mail-Meds Clinical Pharmacy ofrece un cuidado especializado y consistente al paciente de un grupo de profesionales clínicos para brindarle un apoyo enfocado en la adherencia a medicamentos. Nuestro programa promueve una mejor adherencia, comprensión del tratamiento, detectar y prevenir efectos adversos e identificar patrones de uso excesivo o inferiores de los medicamentos. Mail-Meds Clinical Pharmacy ha desarrollado servicios proactivos de manejo y monitoreo de repeticiones de recetas para mejorar la adherencia. Se contactan al paciente antes del envío de cada repetición. En caso de surgir algún problema relacionado con su receta, algún miembro del personal se comunicará con usted.

La participación en nuestro programa de cuidado al paciente mejorará la adherencia a la terapia de medicamentos, lo que resultará en una mejor salud. La adherencia a la terapia puede reducir la progresión de la condición, disminuir visitas al hospital y aumentar el sentido de bienestar. Tener un mejor conocimiento de la terapia con herramientas y apoyo clínico le brinda al paciente la capacidad para mejorar el manejo de su terapia de medicamentos y a la misma vez su calidad de vida.

El programa del manejo del cuidado al paciente de Mail-Meds Clinical Pharmacy por sí solo no podrá ayudarle en alcanzar todos los beneficios. Sin su cooperación activa y participación el programa se ve limitado. La falta de adherencia, no seguir las instrucciones correctamente, la falta de cooperación o comunicación en proveer actualizaciones sobre el estado de salud del paciente puede limitar el alcanzar los beneficios. El programa de manejo de cuidado al paciente no sustituye las visitas al médico.

El proceso de matrícula el Coordinador de Beneficios de Salud o el gerente de Farmacia le aconsejarán sobre la matrícula automática al programa de manejo del cuidado a pacientes y lo revisarán con usted.

Estos servicios se proveen sin costo alguno y la participación es voluntaria. Puede contactar en cualquier momento al Coordinador de Beneficios de Salud llamando al 800-939-2022, opción 3 y ellos le ayudarán o le conectarán con un farmacéutico para asistirle en caso de:

- Usted decida no participar del Programa de Manejo de Cuidado al Paciente, teniendo conocimiento que puede decidir volver a entrar en cualquier momento que usted decida.
- Usted decida participar del programa ahora porque anteriormente había solicitado ser removido.

INFORMACIÓN AL CLIENTE

¿Cómo ordenar una Receta?

La farmacia trabajará con su médico cuando usted necesite una receta nueva. En muchos casos, su médico nos enviará una receta electrónica, fax o una copia de su receta. Usted también puede contactar a un representante de servicio al cliente al 800-939-2022, opción 3 Y solicitar que contactemos a su médico. Nos aseguraremos de que su receta esté disponible en 48 horas luego de haber procesado su orden. Si su receta es un medicamento de emergencia, se debe procesar inmediatamente y trabajaremos con usted y su médico para enviarla el mismo día si es posible. Una receta para una sustancia controlada “Schedule II” sólo se puede procesar después de recibir una receta escrita o electrónica de un médico licenciado, excepto en casos de emergencias como dispone la ley, para un suplido de 72 horas luego del médico hablar directamente con el farmacéutico. Los medicamentos controlados “Schedule II” no se pueden repetir sin una receta nueva. Los sistemas de computadoras de Mail-Meds Clinical Pharmacy cumplen con todos los requisitos de la Agencia Federal para el Control de Drogas (DEA, por sus siglas en inglés).

Orden de Repeticiones

En Mail-Meds Clinical Pharmacy ordenar repeticiones de recetas es más sencillo. Los coordinadores de repeticiones trabajarán con su médico para que no se interrumpa su tratamiento. Antes de cada repetición, un miembro de nuestro equipo le contactará para analizar sus necesidades, actualizar cambios en su condición, cambios al régimen de medicamentos, efectos secundarios, beneficios de seguro, adherencia o cualquier dificultad o problema en que se le pueda asistir.

Un miembro del personal de Mail-Meds Clinical Pharmacy, le contactará cinco a siete días con anticipación a su próximo ciclo de repeticiones cuando se agotan sus medicamentos para lo siguiente:

1. Actualizar sus datos médicos
2. Calendarizar la fecha de entrega o envío
3. Confirmar su dirección, preferencia de recibo (con firma de recibo, sin firma de recibo, etc.)
4. Coordinar cantidad de copago a pagar, si aplica.

Si usted necesita una receta antes del próximo ciclo de sus medicamentos corrientes no dude en contactarnos para asistencia. Si no pudimos contactarle para coordinar su repetición, llame a nuestros coordinadores al número 800-939-2022, opción 3.

Retrasos en las Ordenes

En ocasiones su seguro médico puede rechazar el pago de una receta. Las razones de estos rechazos pueden incluir:

- **“Refill-Too-Soon”**: Repetición muy pronta. Su seguro médico usualmente permite la repetición de 5 a 7 días antes de que se termine el suplido de 30 días. Si se procesa la repetición antes de ese periodo, el seguro notificará la farmacia con el mensaje “Refill-Too-Soon”. Algunos seguros nos permiten invalidar este mensaje utilizando un código en caso de algunas excepciones como: vacaciones, emergencias, desastres naturales o cambios en dosis.

- **Pre-autorización:** su seguro solicita información adicional por parte de su médico acerca de la receta para determinar si aprueba el pago por el medicamento o si su médico debe cambiar la receta por otra alternativa farmacológica.
- **Terapia escalonada:** su seguro requiere que usted utilice otra alternativa farmacológica antes de aprobar el pago por el nuevo medicamento recetado por su médico. Probablemente ya su médico conoce la alternativa que prefiere el seguro, pero en su caso el médico tiene una explicación clínica para justificar el medicamento recetado. En este caso su seguro solicitará información adicional por parte de su médico antes de aprobar el pago de la nueva terapia.
- **Límite de Cantidad:** usualmente ocurre cuando usted utiliza una dosis de un medicamento por un largo periodo de tiempo o desarrolla tolerancia y su médico entiende que usted se beneficiaría del mismo medicamento aumentando la dosis para alcanzar los mismos resultados. Estos datos son necesarios comunicarlos al seguro médico para que aprueben la nueva cantidad.

Un especialista en pre-autorizaciones, farmacéutico o coordinador trabajará en la resolución de estos casos para asistirle con su seguro y su médico en el proceso. La mayoría de los retrasos se resuelven de uno a dos días, otros casos podrían tomar más tiempo. En cada caso nos comunicaremos con usted para comunicarle el progreso, fecha aproximada de resolución y los pasos a seguir para resolver el mismo.

Coordinación de Repeticiones con la Oficina del Médico

Mail-Meds Clinical Pharmacy coordinará cuando sea necesario las recetas con la oficina de su médico cinco a siete días antes que se termine el suplido. Enviaremos al médico una solicitud electrónica, de fax o correo electrónico para repeticiones de recetas cuando no le queden disponibles. Le notificaremos en caso de que su médico indique que usted necesita una cita médica para su repetición.

Verificación del Estatus de una Orden, Entregas y Envíos

Mail-Meds Clinical Pharmacy enviará todos los medicamentos refrigerados para entrega el próximo día. Medicamentos que no necesitan refrigeración se enviarán de 1 a 3 días antes de la fecha que termina su suplido (excepto recetas urgentes). Todos los envíos requerirán la firma de un adulto mayor de 18 años a menos que usted elija el recibo de envíos sin firma.

Todos los medicamentos que Mail-Meds Clinical Pharmacy empaqueta para envío cumple con las guías de temperaturas y ambientales exigidas por el fabricante y la agencia Federal para Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés). Nuestro empaque ha sido validado para asegurar que el medicamento se mantiene a una temperatura adecuada. Es importante que guarde el medicamento apropiadamente al momento recibirlo porque la mayoría de los medicamentos inyectables requieren refrigeración.

Si tiene alguna duda o pregunta acerca de su receta por favor contacte nuestro representante de servicio al cliente al 800-939-2022, opción 3. Un representante de servicio al cliente estará disponible para ayudarle en sus preguntas sobre envíos y notificarle de cualquier retraso en su orden de medicamentos.

Llámenos inmediatamente en caso de que su medicamento haya sufrido algún daño, la cinta de seguridad se encuentre rota o el medicamento se encuentre fuera del rango de temperatura.

Nuestra guía para prácticas de entrega y envío de medicamentos incluye los siguientes:

- Sus envíos estarán programados en intervalos regularmente.
- Le recomendamos mantenerse al día en la cantidad de suplido para asegurarse que no se terminen.

Llámenos en caso de que necesite más suplido de medicamento.

- Si va a viajar, por favor notifíquenos una dirección de envío alterna.
- Asegúrese que recibió su orden completa y todo está en buen estado.
- Notifíquenos inmediatamente si su orden se encuentra incompleta, incorrecta o dañada. El representante de servicios puede coordinar devoluciones y sustitución de estos productos.
- Si recibe su orden a través de algún servicio contratado por nuestra compañía, y su orden se encuentra dañada o perdida, comuníquese con nuestros representantes de servicio al cliente lo antes posible al 800-939-2022, opción 3.
- Al recibo de su orden asegúrese que todo está completo y en excelente estado. Firme y feche el recibo adjunto y envíelo de vuelta en el sobre prepagado que se incluye en el empaque.
- Nuestro personal de entregas y envíos no poseen certificación de resucitación cardiopulmonar. En caso de una emergencia están adiestrados para llamar al 9-1-1.

Servicio de Entregas en Caso de Emergencia

En caso de tener una emergencia de un paciente, Mail-Meds Clinical Pharmacy hará los arreglos necesarios para entrega el mismo día. En caso de una emergencia o desastre natural en su área que pueda impedir la entrega de su medicamento, no dude en llamarnos para resolver la situación y asegurar que usted reciba sus medicamentos.

Mail-Meds Clinical Pharmacy tiene múltiples localidades. En caso de un desastre natural o una emergencia en su área, las localidades no afectadas pueden asegurar que usted no sufra interrupciones sus servicios

Sustitución a Bioequivalentes

Mientras sea posible, Mail-Meds Clinical Pharmacy realizará la sustitución a medicamentos bioequivalentes a menos que su médico especifique en la receta el uso específico de un medicamento de marca.

La sustitución de medicamentos ocurre cuando su seguro médico prefiere el despacho de un bioequivalente para reducir su copago. Muchos estados requieren que se despachen el medicamento bioequivalente cuando el médico no especifique preferencias de sustitución en la receta. En el caso que un medicamento necesite una sustitución, un miembro de nuestro equipo se comunicará con usted para informarle del cambio. La sustitución puede ocurrir con recetas nuevas, repeticiones, cambios terapéuticos y transferencia de recetas.

Medicamentos No Disponibles

Algunas compañías de seguro o manufactureros limitan su proveedor de farmacia para algunos medicamentos. Esto ocurre con los medicamentos de distribución limitada (LDD's, por sus siglas en inglés). Estos medicamentos se utilizan para condiciones poco prevalentes en un número muy pequeño de la población. Su seguro médico puede requerir que usted utilice una farmacia específica como parte de su plan de beneficios. Si usted no puede recibir su medicamento a través de nuestra farmacia, nuestros coordinadores de beneficios de salud le pueden asistir trabajando con su seguro en que usted reciba el medicamento recetado. Mail-Meds Clinical Pharmacy es parte de una red de proveedores de farmacia especializada la cual ayudará a identificar la farmacia participante que puede despacharle el medicamento. Estamos aquí para ayudarle y no tiene que preocuparse en conseguir por su cuenta al proveedor de medicamentos.

Si necesita que sus recetas sean transferidas a otra farmacia comuníquese con nuestro representante de servicio al cliente al 800-939-2022, opción 3. Nos encargaremos de transferirle su receta.

Reportar un Problema Relacionado al Medicamento

Si usted sospecha algún problema con el empaque y la calidad de su medicamento o algún posible error, comuníquese con un farmacéutico inmediatamente llamando al 800-939-2022, opción 3 y solicite hablar con un farmacéutico. Si usted piensa que está experimentando una reacción adversa con carácter de emergencia médica favor de llamar al 9-1-1 inmediatamente.

Reacción Adversa a Medicamentos

Mail-Meds Clinical Pharmacy instruye a los pacientes y cuidadores a identificar y reportar inmediatamente posibles reacciones adversas peligrosas que pueden ocurrir por el uso de medicamentos.

Si experimenta una reacción o efecto secundario asociado a su medicamento, por favor contacte un farmacéutico de Mail-Meds Clinical Pharmacy y a su médico.

Definición: Una reacción adversa a un medicamento es un efecto negativo o reacción no deseada que tiene un medicamento provocando malestar y que resulte en algo peligroso a la salud.

Centro Nacional de Control y Diagnóstico de Enfermedades CDC, por sus siglas en inglés)

Emergencia Médica

En caso de una emergencia médica, por favor llame al 911 o al servicio local para el manejo de emergencias y obtener la asistencia inmediata.

Cuando la emergencia haya pasado, que ya no se encuentre en peligro y luego de haber notificado al 911, por favor contacte a su médico para informarle de lo ocurrido y a Mail-Meds Clinical Pharmacy.

Sustancias Controladas

Mail-Meds Clinical Pharmacy almacena y maneja sustancias controladas cumpliendo con las leyes y regulaciones estatales y federales para prevenir el abuso y desviación del uso correcto de los medicamentos. Una receta para un medicamento controlado "Schedule II" sólo se procesará cuando se reciba la receta original, escrita o electrónica, hecha por un médico. Las recetas para medicamentos controlados "Schedule II" no tienen repeticiones. Cada suplido de medicamento se procesa con receta nueva.

Retiro de Drogas

El retiro voluntario de medicamentos por parte del fabricante ocurre cuando se descubren defectos de manufactura que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente o la eficacia del medicamento. Mail-Meds Clinical Pharmacy sigue los procesos establecidos por la Agencia Federal de Drogas y Alimentos (FDA), los distribuidores y los fabricantes para el retiro de los medicamentos. Le contactaremos en caso de que exista un retiro Clase I de la FDA. Para otro tipo de retiros de medicamentos, la farmacia contactará al médico o al seguro. El farmacéutico trabajará con usted y su médico para recomendar alternativas de terapias disponibles en caso de un retiro de medicamentos del mercado.

Si le contactamos a cerca del retiro de un medicamento del mercado usted debe:

- pare de tomarlo
- deseche o disponga el medicamento de manera segura; o devuélvalo a la farmacia

La mayoría de los medicamentos se pueden desechar de manera segura en un contenedor de basura mezclándolo con harina de café o arena para gatos. Luego lo puede sellar en un contenedor o envoltura plástica. Asegúrese de disponer de los medicamentos en una manera segura que los niños no puedan alcanzar. En muy pocas circunstancias su medicamento requiere ser bajado por el inodoro. Por favor refiérase a las instrucciones para disposición segura del medicamento en la etiqueta de información al paciente.

Si ha tomado un medicamento que ha sido retirado del mercado y experimenta algún síntoma sospechoso que se relaciona con la medicina, por favor comuníquese con su médico.

Para conocer más acerca del retiro de medicamentos del mercado visite el sitio web de la Agencia Federal de Drogas y Alimentos (FDA). Puede registrarse para recibir mensajes y alertas sobre retiros de productos.

Devoluciones de Productos y/o Suministros

La Junta de farmacia prohíbe la reventa o rehúso de medicamentos con receta. Un medicamento o suministro médico que sea enviado al hogar de un paciente no se puede devolver. Como resultado, no se puede emitir créditos por productos no utilizados o excedentes.

Cambios en Regulaciones

Si las regulaciones federales o estatales cambiaran la forma con las que le proveemos el cuidado de su salud, Mail-Meds Clinical Pharmacy le notificará sobre los cambios y el nuevo plan de cuidado.

Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente

La Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente (página 18) describe los derechos que usted tiene como paciente al recibir medicamentos y servicios en Mail-Meds Clinical Pharmacy.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Proteger la seguridad de la información privada de salud del paciente es nuestra máxima prioridad. La notificación de prácticas de privacidad en la página 21 describe la utilización de la información privada de salud, con quién se comparte y cómo usted tiene acceso a la misma.

Asistencia al Farmacéutico

Nuestros farmacéuticos están adiestrados acerca de sus medicamentos y se encuentran disponibles para contestar las preguntas que pueda tener acerca del plan de su cuidado. De tener alguna duda o pregunta acerca de su tratamiento puede llamar al 800-939-2022, opción 3. En caso de emergencia llame al 9-1-1. Los farmacéuticos están disponibles 24/7, para ayudarle en caso de surgir alguna necesidad urgente sobre sus medicamentos. Si necesita llamar fuera del horario de operaciones, bríndele su información a nuestros operadores y un farmacéutico le devolverá la llamada.

Defensa del Consumidor

Para obtener más información sobre los servicios de protección y defensa del consumidor, visite el sitio web de la Asociación Nacional de Defensores del Consumidor (NACA, por sus siglas en inglés): <http://www.consumeradvocates.org/for-consumers>, el Departamento de Agricultura y Servicios al Consumidor del estado de Florida: <https://www.fdacs.gov/Divisions-Offices/Consumer-Services>. Departamento de Asuntos del Consumidor de Carolina del Sur: <https://www.consumer.sc.gov/about-us/contact-us>, para Virginia: <https://www.consumeraffairs.com/resources/va/>, para Arizona en <https://www.azag.gov/consumer>.

Existen recursos libres de costo que ofrecen recursos para manejo de crisis y prevención de angustia. En caso de necesitar ayuda, Lifeline en español ofrece ayuda 24/7 llamando al 1-888-628-9454. Si prefiere utilizar mensaje de texto envíe la palabra "HOME" al número 741741, gratis y disponible 24/7 sobre cualquier tipo de crisis. Un experto consejero en manejo de crisis le responderá inmediatamente y le ayudará discernir sus pensamientos hacia un lugar seguro. Algunos cargos aplican a mensajes de texto en compañías fuera de AT&T, T-Mobile, Sprint o Verizon.

Los miembros de nuestro equipo tienen la obligación de reportar cualquier caso sospechoso de abuso, explotación o negligencia. Estos casos se tienen que reportar a la agencia del gobierno por ley. Si tiene alguna preocupación sobre abuso, explotación o negligencia, favor de llamar al 1-800-962-2873 (1-800-96-ABUSE) en Florida, o a su agencia estatal o local para asuntos de familias y niños.

Satisfacción del Cliente

Estamos aquí para servirle. Nos gustaría servirle en la manera en que usted desea y para poder alcanzar esta meta necesitamos su opinión. Valoramos su opinión, cualquier sugerencia que nos pueda ofrecer para mejorar nuestros servicios será muy apreciada. Por favor díganos cómo lo estamos haciendo, llenando nuestra encuesta en línea en el siguiente enlace:

<https://www.cognitofrms.com/MailMedsClinicalPharmacy/customersatisfactionsurvey>

Encuesta de Satisfacción del Cliente

 Nombre del Paciente (Opcional): _____ Fecha: _____
 Ciudad, Estado: _____

La encuesta se completó para

- Mail-Meds Clinical Pharmacy - Fort Myers, FL
- Mail-Meds Clinical Pharmacy - St Petersburg, FL
- Mail-Meds Clinical Pharmacy - Daytona Beach, FL
- Mail-Meds Clinical Pharmacy - Tallahassee, FL
- Mail-Meds Clinical Pharmacy - Orlando, FL
- Mail-Meds Clinical Pharmacy - Columbia, SC
- Mail-Meds Clinical Pharmacy - Norfolk, VA
- Mail-Meds Clinical Pharmacy - Phoenix, AZ

Es nuestro deseo proveerle la mejor calidad de servicios de farmacia disponibles. Para ayudarnos a mantener nuestros altos estándares de calidad, por favor tómese un minuto de su tiempo para comentarnos cómo lo estamos haciendo. Complete el formulario adjunto y anote la respuesta que mejor describa su experiencia. Después de completada, favor de devolver en el sobre provisto adjunto y prepagado.

Si prefiere completar en el formato electrónico, puede acceder al siguiente enlace:

<https://www.cognitofrms.com/MailMedsClinicalPharmacy/customersatisfactionsurvey>

| Sobre los servicios de Mail-Meds Clinical Pharmacy | Muy Satisfecho | Satisfecho | Insatisfecho | Muy Insatisfecho |
|--|-----------------------|-------------------|---------------------|-------------------------|
| Puntualidad en recibir sus medicamentos. | | | | |
| Mis necesidades de farmacia fueron satisfechas con los servicios/equipos proporcionados. | | | | |
| El personal discutió mis derechos, responsabilidades y obligaciones financieras. | | | | |
| El personal me informó cómo llamar durante y después del horario de operaciones. | | | | |
| Si está inscrito en el Programa de Manejo de Pacientes: los servicios me ayudaron a recordar tomar y a entender mis medicamentos para mejorar la salud y el bienestar. | | | | |
| El material escrito que recibo (etiquetas, educación del paciente, Manual de Bienvenida) es fácil de entender. Es fácil encontrar y usar la información que necesito. | | | | |
| El sitio web es fácil de navegar y entender. Puedo encontrar y usar fácilmente la información que necesito. | | | | |
| Con respecto al personal de Mail-Meds Clinical Pharmacy | Muy Satisfecho | Satisfecho | Insatisfecho | Muy Insatisfecho |
| El representante de servicio fue cortés y profesional. | | | | |
| Las explicaciones e instrucciones ofrecidas por los representantes fueron adecuadas. | | | | |
| Nivel de facilidad de llamar a la farmacia por teléfono. | | | | |
| Facilidad para obtener respuestas a sus preguntas, darle seguimiento o recibir ayuda con cualquier inquietud. | | | | |
| Su experiencia general con nuestro servicio y personal | | | | |

Comentarios: _____

¡Gracias por escoger a Mail-Meds Clinical Pharmacy para sus necesidades de farmacia especializada!

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

**JTJ MEDICAL SUPPLY, INC
DBA MAIL-MEDS CLINICAL PHARMACY**

CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Para garantizar la mejor atención posible, como un paciente de nuestra farmacia, usted debe entender su rol, derechos y responsabilidades relacionados con Plan de Cuidado.

Derechos del Paciente

- Seleccionar aquellos que le proporcionan servicios de farmacia.
- Recibir los servicios apropiados o referidos de una manera profesional sin discriminación de su edad, sexo, raza, religión, origen étnico, preferencia sexual o discapacidad física o mental.
- Ser tratado con amabilidad, cortesía y respeto por todas y cada una de las personas que representan la farmacia y que le proveen servicios o tratamiento libre de abuso o negligencia físico o mental.
- Ayudar en el desarrollo y preparación de su Plan de Cuidado de Salud el cual está diseñado para satisfacer, lo mejor posible, sus necesidades, incluyendo el manejo del dolor.
- Recibir la información adecuada por la cual usted puede dar el consentimiento informado para el inicio de los servicios, la continuación de los servicios, la transferencia de servicios a otro proveedor de atención médica o la terminación de los servicios.
- Expresar inquietudes, quejas o recomendar modificaciones a nuestra farmacia con respecto a los servicios o el cuidado, sin temor a discriminación o represalias.
- Solicitar y recibir información completa y actualizada sobre su condición, tratamiento, alternativas de tratamientos, riesgo asociados al tratamiento o el Plan de Cuidado.
- Recibir los servicios y tratamiento dentro del alcance del Plan de Cuidado, de manera rápida y profesional, mientras se está completamente informado sobre las políticas, procedimientos o costos.
- Solicitar y recibir información sobre el tratamiento, servicios o costos de estos de manera privada y confidencial.
- Recibir información relacionada con los usos y la divulgación de su Plan de Cuidado.
- Que su Plan de Cuidado permanezca privado y confidencial, hasta donde lo requiera o permita la ley.
- Recibir instrucciones sobre el manejo de un retiro de medicamentos del mercado.
- Que toda información sea privada, confidencial y almacenada en el récord médico como Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). La PHI solo se compartirá con el Programa de Manejo del Paciente siguiendo todas las leyes estatales y federales.
- Recibir información sobre cómo tener acceso al apoyo de grupos defensores de los consumidores.
- Recibir instrucciones sobre la disposición segura de medicamentos en cumplimiento con las leyes y regulaciones estatales y federales.
- Conocer la filosofía y características del Programa de Manejo del Paciente.

- Que su información sea compartida con el Programa de Manejo del Paciente siguiendo las leyes estatales y federales.
- El derecho a solicitar el nombre del empleado y la posición que ocupa; y solicitar hablar con un supervisor de ser necesario.
- El derecho a hablar con un profesional del cuidado de la salud.
- Recibir información sobre el Programa de Manejo de Pacientes.
- Recibir información administrativa sobre cambios o terminación del Programa de Manejo del Paciente.
- Recibir instrucciones sobre cómo ponerse en contacto con el Programa de Manejo del Paciente.
- Para rechazar su participación, revocar consentimiento "Opt-Out" retirarse del programa en cualquier momento.
- Estar completamente informado con anticipación sobre los servicios que se prestarán, incluyendo las disciplinas que brindan atención y la frecuencia de los servicios, así como cualquier modificación al Plan de Cuidado.
- Estar informado de antemano, tanto oral como por escrito, de los servicios, cargos, incluyendo el pago por el servicio de terceras personas (ej. seguro médico) y cualquier cargo por el cual el cliente/paciente será responsable.
- Recibir información sobre los posibles beneficios de salud y limitaciones de participar en el Programa de Manejo del Paciente.
- Recibir información sobre el alcance de los servicios que la farmacia proporciona y las limitaciones específicas en esos servicios.
- Participar en el desarrollo y revisión periódica del Plan de Cuidado.
- Rechazar la atención o el tratamiento después de habersele explicado las consecuencias de ese rechazo.
- Estar informado de los derechos del cliente/paciente en virtud de la legislación estatal para formular una Directriz Anticipada, como corresponda.
- Que la propiedad y la persona sean tratadas con respeto, consideración y reconocimiento de la individualidad y dignidad del cliente/paciente.
- Ser capaz de identificar a los miembros del personal a través de una identificación adecuada.
- Estar libre de maltrato, negligencia o abuso verbal, mental, sexual y físico; incluyendo lesiones de origen desconocido y de apropiación indebida de la propiedad del cliente/paciente.
- Quejarse sobre los servicios, falta de respeto a la propiedad o recomendar cambios en políticas, personal, atención o cuidado libre restricciones, interferencia, coacción, discriminación o represalias.
- Tener quejas sobre el tratamiento o el cuidado si está (o si no está) ajustado a la necesidad, o le falta el respeto a la propiedad en cuestión.
- Confidencialidad y privacidad de toda la información contenida en el récord médico del cliente/paciente y de la Información Médica Protegida (PHI).

- Ser informado sobre las políticas y procedimientos de la farmacia con respecto a la divulgación del récord médico.
- Recibir el cuidado apropiado sin discriminación siguiendo las órdenes del médico, si aplica.
- Estar informado de cualquier beneficio financiero cuando sea referido una organización.
- Estar plenamente informado de sus responsabilidades.

Responsabilidades del Paciente

- Proporcionar información precisa y completa con respecto a su historial médico pasado o presente e información de contacto y cualquier cambio a los mismos.
- Aceptar a un calendario de los servicios e informar de cualquier cancelación de citas y/o tratamientos programados.
- Participar en el desarrollo y actualización de un Plan de Cuidado.
- Comunicar si usted comprende claramente los pasos del tratamiento y el Plan de Cuidado.
- Cumplir con el Plan de Cuidado y las instrucciones clínicas.
- Aceptar la responsabilidad de sus acciones si deniega el tratamiento o no cumple con los servicios y/o tratamientos recetados.
- Respetar los derechos del personal de farmacia.
- Notificar a su médico y a la farmacia de cualquier posible efecto secundario y/o complicaciones.
- Notificar a la farmacia por teléfono cuando su suministro de medicamentos se esté agotando para que se le pueda procesar una repetición lo más pronto posible.
- Proporcionar cualquier información necesaria para participar en el Programa de Manejo del Paciente en la medida en que la ley lo permita.
- Proporcionar información de contacto y de salud precisa y notificar al Programa de Manejo del Paciente de algún cambio en esta información.
- Notificar a su médico de su participación en el Programa de Manejo del Paciente, si aplica.
- Mantener cualquier equipo provisto por la farmacia, si aplica.

El personal honrará el derecho del cliente/pacientes a:

- Ser tratado (o propiedad) con respeto, consideración y reconocimiento de la individualidad y dignidad del cliente/paciente.
- Ser capaz de identificar los miembros del personal a través de una identificación adecuada.
- Elegir un proveedor de cuidado médico, incluyendo la elección de un médico supervisor (NO aplica para la farmacia).
- Recibir la atención de cuidado adecuada sin discriminación cumpliendo con las órdenes del médico.
- Estar informado de cualquier beneficio financiero cuando sea referido a una organización.
- Estar plenamente informado de sus responsabilidades.

Si tiene preguntas, inquietudes o problemas que requieran asistencia, llame al (800) 939-2022 opción 3 para atención al cliente. Las quejas se enviarán a la gerencia y usted recibirá una respuesta el siguiente día laborable.

Aviso de Prácticas de Privacidad
JTJ MEDICAL SUPPLY, INC

Hace Negocios Como (DBA, por sus siglas en inglés)

MAIL-MEDS CLINICAL PHARMACY

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO PUEDE ACCESAR A ESTA INFORMACION. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Como parte de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996, conocida como HIPAA (por sus siglas en inglés), JTJ Medical Supply, Inc. ha creado este Aviso de Prácticas de Privacidad (Aviso). Este Aviso describe las prácticas de privacidad de JTJ Medical Supply, Inc. y los derechos que usted, el individuo, tiene en relación con la privacidad de su Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Su PHI es información sobre usted, o que se puede utilizar para identificarlo, ya que se relaciona con su historial físico pasado y presente; o servicios de salud mental. Las regulaciones de la HIPAA requieren que JTJ Medical Supply, Inc. proteja la privacidad del PHI que JTJ Medical Supply, Inc. ha recibido o ha creado.

JTJ Medical Supply, Inc. cumplirá con los términos presentados en este Aviso. Para cualquier uso o divulgación que no se enumeran a continuación, JTJ Medical Supply, Inc. obtendrá una autorización por escrito de usted para ese uso o divulgación, que usted tendrá derecho de revocar en cualquier momento, como se explica con más detalle a continuación. La PHI se utiliza solo para los fines necesarios para llevar a cabo las actividades de negocio de JTJ Medical Supply, Inc., incluyendo actividades de evaluación. **JTJ Medical Supply, Inc. se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad de JTJ Medical Supply, Inc. y este Aviso.**

CÓMO JTJ MEDICAL SUPPLY, INC. PUEDE USAR Y DIVULGAR SU PHI

Le enumeramos a continuación las formas en que JTJ Medical Supply, Inc. está autorizado por ley a usar y divulgar su PHI.

- **Usos y divulgaciones del PHI para tratamiento:** Utilizaremos el PHI que recibimos de usted para procesar su(s) receta(s) y coordinar o administrar su atención médica.
- **Usos y divulgaciones del PHI para Pago:** JTJ Medical Supply, Inc. divulgará su PHI para obtener el pago o reembolso de las aseguradoras por los servicios de atención médica a proveerle a usted.
- **Usos y divulgaciones del PHI para operaciones en el cuidado de salud:** JTJ Medical Supply, Inc. podría utilizar la cantidad mínima necesaria de su PHI para llevar a cabo evaluaciones de calidad, actividades de mejoramiento y evaluaciones la fuerza laboral de JTJ Medical Supply, Inc.

A continuación, le enumeramos formas adicionales en las que JTJ Medical Supply, Inc. está permitido o requerido utilizar o divulgar su PHI sin su autorización por escrito.

- **Usos y divulgaciones según lo requiera la ley:** JTJ Medical Supply, Inc. está obligado a usar o divulgar su PHI como lo requiera o lo limite la ley.
- **Usos y divulgación para actividades de salud pública:** JTJ Medical Supply, Inc. puede usar o divulgar su PHI a una autoridad de salud pública autorizada por la ley para recopilar información con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Esto incluye la FDA, para que pueda monitorear los efectos adversos de medicamentos, alimentos, suplementos nutricionales y otros productos según lo requiera la ley.

- **Usos y divulgación sobre víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica:** JTJ Medical Supply, Inc. puede usar o divulgar su PHI a una autoridad gubernamental si se cree razonablemente que es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Usos y divulgaciones para actividades de supervisión de la salud:** JTJ Medical Supply, Inc. puede usar o divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades de supervisión que pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones según sea necesario para la licencia, cumplimiento de leyes civiles u otras actividades que la agencia de supervisión de la salud está autorizada por ley para llevar a cabo.
- **Divulgaciones para procedimientos judiciales y administrativos:** JTJ Medical Supply, Inc. puede divulgar su PHI en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, siempre que se presente la documentación adecuada a JTJ Medical Supply, Inc.
- **Divulgaciones para fines de aplicación de la ley:** JTJ Medical Supply, Inc. puede divulgar su PHI a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para fines autorizados según lo exija la ley o en respuesta a una orden judicial o citación.
- **Usos y divulgaciones sobre un difunto:** JTJ Medical Supply, Inc. puede divulgar la PHI sobre un fallecido, o en anticipación razonable a la muerte de una persona, a médicos forenses, examinador médico o funerarios.
- **Usos y divulgaciones con fines de donación de órganos, ojos o tejidos cadavéricos:** JTJ Medical Supply, Inc. puede usar y divulgar el PHI con el propósito de adquirir, almacenar o trasplantar órganos, ojos o tejidos cadavéricos con fines de donación.
- **Usos y divulgaciones con fines de investigaciones:** JTJ Medical Supply, Inc. puede usar y divulgar su PHI con fines de investigación con una autorización aprobada por una Junta de Revisión Institucional (IRB) o una junta de privacidad. De lo contrario, JTJ Medical Supply, Inc. solicitará una autorización firmada por el individuo para todos los demás propósitos de investigación.
- **Usos y divulgaciones para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad:** JTJ Medical Supply, Inc. puede usar o divulgar su PHI, si piensa de buena fe, y es consistente con cualquier ley o estándar de conducta ética aplicable, para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.
- **Usos y divulgaciones para funciones gubernamentales especializadas:** JTJ Medical Supply, Inc. puede usar o divulgar su PHI para funciones gubernamentales especializadas, incluyendo: actividades militares y de veteranos, seguridad e inteligencia nacional, servicios de protección, funciones del Departamento de Estado e instituciones correccionales y situaciones de custodia o aplicación de la ley.
- **Divulgación para la Compensación de Trabajadores:** JTJ Medical Supply, Inc. puede divulgar su PHI según lo autorizado por y en la medida necesaria para cumplir con las leyes o programas de Compensación de Trabajadores establecidos por la ley.
- **Divulgaciones para fines de auxilio en caso de desastre:** JTJ Medical Supply, Inc. puede divulgar su PHI según lo autorice una entidad pública o privada para ayudar en los esfuerzos de auxilio en caso de desastre.
- **Divulgaciones a socios comerciales:** JTJ Medical Supply, Inc. puede divulgar su PHI a socios comerciales de JTJ Medical Supply, Inc. por los servicios que puedan proporcionar a JTJ Medical Supply, Inc. para ayudar a JTJ Medical Supply, Inc. a proporcionar atención médica de calidad. Para garantizar la privacidad de su PHI, requerimos a todos los socios comerciales aplicar las medidas de seguridad adecuadas para cualquier PHI que reciban o produzcan.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES

JTJ Medical Supply, Inc. puede ponerse en contacto con usted para los siguientes propósitos:

- **Información sobre alternativas de tratamiento:** JTJ Medical Supply, Inc. puede ponerse en contacto con usted para notificarle de alternativas tratamientos y/o productos.
- **Beneficios o servicios relacionados con la salud:** JTJ Medical Supply, Inc. puede usar su PHI para notificarle de los beneficios y servicios que JTJ Medical Supply, Inc. proporciona.
- **Recaudación de fondos:** Si JTJ Medical Supply, Inc. participa en una actividad de recaudación de fondos, JTJ Medical Supply, Inc. puede utilizar la PHI demográfica para enviarle un paquete de recaudación de fondos, o JTJ Medical Supply, Inc. puede revelar PHI demográfica sobre usted a un socio comercial o a una fundación relacionada institucionalmente para enviarle un paquete de recaudación de fondos. No se permitirá a los socios comerciales o la fundación relacionada institucionalmente ninguna otra divulgación adicional sin su autorización por escrito.

PARA TODOS LOS DEMÁS USOS Y DIVULGACIONES

JTJ Medical Supply, Inc. obtendrá una autorización por escrito de usted para todos los demás usos y divulgaciones de PHI, y JTJ Medical Supply, Inc. solo usará o divulgará el PHI en conformidad con dicha autorización. Además, usted puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Para revocar un uso o divulgación previamente autorizado, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad para obtener un formulario *de Solicitud de Restricción de Usos y Divulgaciones*.

SUS DERECHOS DE INFORMACION DE SALUD

La siguiente es una lista de sus derechos con respecto a su PHI. Póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad para obtener más información sobre lo siguiente.

El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI: Usted tiene el derecho de solicitar restricciones adicionales de los usos y divulgaciones de su PHI por parte de JTJ Medical Supply, Inc.; sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectara su cuidado. El derecho a elegir pagar por una receta o servicio en su totalidad, de su bolsillo, y restringir la divulgación del PHI a un plan de seguro para el pago. Diríamos "sí" a menos que la ley nos exija compartir la información.

El derecho a que su PHI se le comunique por medios o ubicaciones alternativas: Usted tiene derecho a solicitar que JTJ Medical Supply, Inc. se comunique confidencialmente con usted utilizando una dirección o número de teléfono que no sea su residencia. Sin embargo, las leyes estatales y federales requieren que JTJ Medical Supply, Inc. tenga una dirección exacta y un número de teléfono residencial en caso de emergencia. JTJ Medical Supply, Inc. considerará todas las solicitudes razonables.

El derecho a inspeccionar y/u obtener una copia de su PHI: Usted tiene el derecho de solicitar acceso y/u obtener una copia de su PHI almacenada por JTJ Medical Supply, Inc. Por la duración en que JTJ Medical Supply, Inc. mantenga su PHI. Puede haber un cargo razonable basado en el costo por fotocopiar documentos. Se le notificará con antelación de incurrir en dichos cargos en caso de que los haya.

El derecho a enmendar su PHI: Usted tiene el derecho de solicitar una modificación del PHI que JTJ Medical Supply, Inc. mantiene sobre usted, si considera que el PHI que JTJ Medical Supply, Inc. ha mantenido acerca de usted es incorrecto o incompleto. En algunas circunstancias, podemos denegar su solicitud de modificación. Si rechazamos la solicitud, usted tendrá el derecho de que la denegación sea revisada por alguien que designemos que no participó en la revisión inicial. También puede pedir al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ("HHS, por sus siglas en inglés"), o a su designado a revisar dicha denegación.

El derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones de su PHI: Usted tiene derecho a recibir una contabilidad de ciertas divulgaciones de su PHI hechas por JTJ Medical Supply, Inc.

El derecho a recibir copias adicionales del Aviso de Prácticas de Privacidad de JTJ Medical Supply, Inc.: Usted tiene derecho a recibir copias adicionales en papel de este Aviso, con solicitud previa, incluso si usted inicialmente acordó recibir el Aviso electrónicamente.

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS DEL ESTADO DE ARIZONA

Divulgación de Registros de Farmacia

No divulgaremos sus registros de farmacia sin su autorización por escrito, excepto para:

- a. Usted mismo;
- b. Su representante legal;
- c. El Departamento de Salud en conformidad con la legislación vigente;
- d. En el caso de que usted esté incapacitado o no pueda solicitar los registros usted mismo;
- e. En cualquier procedimiento civil o penal, tras la emisión de una citación de un tribunal con jurisdicción competente y la debida notificación a usted o a su representante legal, por la parte que busca los registros, y
- f. Según lo autorizado por la ley estatal.

REVISIONES DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

JTJ Medical Supply, Inc. se reserva el derecho de cambiar y/o revisar este Aviso y hacer que la nueva versión revisada sea aplicable a toda la PHI recibida antes de su fecha de entrada en vigor. JTJ Medical Supply, Inc. también publicará la versión revisada del Aviso en todas las localidades de JTJ Medical Supply, Inc.

Quejas o Reclamaciones

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante JTJ Medical Supply, Inc. y/o ante el Secretario del HHS, o su designado. Si desea presentar una queja a JTJ Medical Supply, Inc., contacte nuestro Oficial de Privacidad. Si desea presentar una queja ante el Secretario del HHS, por favor escriba a:

Región del Pacífico

(Alaska, Arizona, California, Hawaii, Idaho, Oregon, Washington, Nevada, Samoa Americana, Mancomunidad de las Islas Marianas del Norte, Estados Federados de Micronesia, Guam, Islas Marshall y República de Palau)

Michael Leoz, Gerente Regional
Oficina para los Derechos Civiles
Departamento de Salud y Recursos Humanos de EU
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Centro al Cliente: (800) 368-1019
Fax: (202) 619-3818
TDD: (800) 537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov

JTJ Medical Supply, Inc. no tomará ninguna represalia en su contra como resultado de la presentación de una queja.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si tiene alguna pregunta sobre las prácticas de privacidad de JTJ Medical Supply, Inc. o para aclarar cualquier asunto contenido en este Aviso, comuníquese con:

JTJ Medical Supply, Inc
DBA Mail-Meds Clinical Pharmacy
ATT: Oficial de Privacidad
2692 Oak Ridge Court
Fort Myers, FL 33901
(800) 939-2022

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS DEL ESTADO DE FLORIDA Y CAROLINA SUR

Divulgación – Registros de Farmacia

No divulgaremos sus registros de farmacia sin su autorización por escrito, excepto para:

- a. Usted;
- b. Su representante legal;
- c. El Departamento de Salud de conformidad con la legislación vigente;
- d. En caso de que usted esté incapacitado o no pueda solicitar sus registros usted mismo;
- e. En cualquier procedimiento civil o penal, tras la emisión de una citación de un tribunal de jurisdicción competente y la debida notificación a usted o a su representante legal, por la parte que busca los registros, y
- f. Según lo autorizado por la ley estatal.

REVISIONES DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

JTJ Medical Supply, Inc. se reserva el derecho de cambiar y/o revisar este Aviso y hacer que la nueva versión revisada sea aplicable a toda la PHI recibida antes de su fecha de entrada en vigor. JTJ Medical Supply, Inc. también publicará la versión revisada del Aviso en todas las localidades de JTJ Medical Supply, Inc.

Quejas o Reclamaciones

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante JTJ Medical Supply, Inc. y/o ante el Secretario del HHS, o su designado. Si desea presentar una queja a JTJ Medical Supply, Inc., contacte nuestro Oficial de Privacidad. Si desea presentar una queja ante el Secretario del HHS, por favor escriba a:

Región Sureste – Atlanta

(Alabama, Florida, Georgia, Kentucky, Mississippi, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Tennessee)

Barbara Stampul, Gerente Regional Interina
Oficina de Derechos Civiles
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EU
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70
61 Calle Forsyth, S.W.
Atlanta, GA 30303-8909
Centro al Cliente (800) 368-1019
FAX (202) 619-3818
TDD (800) 537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov

JTJ Medical Supply, Inc. no tomará ninguna represalia en su contra como resultado de la presentación de una queja.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si tiene alguna pregunta sobre las prácticas de privacidad de JTJ Medical Supply, Inc. o para aclarar cualquier asunto contenido en este Aviso, comuníquese con:

JTJ Medical Supply, Inc
DBA Mail-Meds Clinical Pharmacy
ATT: Oficial de Privacidad
2692 Oak Ridge Court
Fort Myers, FL 33901
(800) 939-2022

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS DEL ESTADO DE VIRGINIA

Divulgación – Registros de Farmacia

No divulgaremos sus registros de farmacia sin su autorización por escrito, excepto para:

- a. Usted;
- b. Su representante legal;
- c. El Departamento de Salud de conformidad con la legislación vigente;
- d. En caso de que usted esté incapacitado o no pueda solicitar sus registros usted mismo;
- e. En cualquier procedimiento civil o penal, tras la emisión de una citación de un tribunal de jurisdicción competente y la debida notificación a usted o a su representante legal por la parte que busca los registros, y
- f. Según lo autorizado por la ley estatal.

REVISIONES DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

JTJ Medical Supply, Inc. se reserva el derecho de cambiar y/o revisar este Aviso y hacer que la nueva versión revisada sea aplicable a toda la PHI recibida antes de su fecha de entrada en vigor. JTJ Medical Supply, Inc. también publicará la versión revisada del Aviso en todas las localidades de JTJ Medical Supply, Inc.

Quejas o Reclamaciones

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante JTJ Medical Supply, Inc. y/o ante el Secretario del HHS, o su designado. Si desea presentar una queja a JTJ Medical Supply, Inc., contacte nuestro Oficial de Privacidad. Si desea presentar una queja ante el Secretario del HHS, por favor escriba a:

**Región del Medio Atlántico
(Delaware, Distrito de Columbia, Maryland, Pensilvania, Virginia, Virginia Occidental)**

Jamie Rahn Ballay, Gerente Regional Interino
Oficina para los Derechos Civiles
Departamento de Salud y Recursos Humanos de EU
801 Market Street, Suite 9300
Philadelphia, PA 19107-3134
Centro al Cliente: (800) 368-1019
Fax: (202) 619-3818
TDD: (800) 537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov

JTJ Medical Supply, Inc. no tomará ninguna represalia en su contra como resultado de la presentación de una queja.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si tiene alguna pregunta sobre las prácticas de privacidad de JTJ Medical Supply, Inc. o para aclarar cualquier asunto contenido en este Aviso, comuníquese con:

JTJ Medical Supply, Inc
DBA Mail-Meds Clinical Pharmacy
ATT: Oficial de Privacidad
2692 Oak Ridge Court
Fort Myers, FL 33901
(800) 939-2022

JTJ MEDICAL SUPPLY, INC.
Recibo de Practicas de Privacidad

Según lo requerido por la ley HIPAA, todos los pacientes que reciben servicios de la farmacia de JTJ Medical Supply, Inc. deben:

- **Firmar el formulario de “Recibo”, luego entregarlo a la farmacia para nuestros registros.**

Tenga en cuenta que el Aviso adjunto no es un formulario de consentimiento que debe leerse en su totalidad y firmarse antes de que se puedan proporcionar los servicios; más bien, el Aviso proporciona a nuestros Pacientes una descripción resumida de (1) Como nuestra oficina utilizará y divulgará su información médica y de facturación para propósitos comerciales legítimos, y (2) Cómo nuestros Pacientes pueden ejercer sus derechos con respecto a su información de salud. Este Aviso es similar al que usted recibe en las oficinas de sus médicos u otras instituciones que proporcionan cuidado médico.

Confirme que ha recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de JTJ Medical Supply firmando el formulario y devolviendo en el sobre prepagado adjunto.

¡Gracias!

He recibido el *Aviso de Prácticas de Privacidad de JTJ Medical Supply, Inc.* en el Manual de Bienvenida.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre en letras separadas: _____

Dirección: _____

Ciudad

Estado

Código Postal

Consentimiento de Comunicaciones y Contacto del Paciente

Mail-Meds Clinical Pharmacy requiere por Regulaciones de Privacidad de la ley HIPAA obtener su consentimiento con el fin de compartir su información médica por ciertas razones.

El formulario de consentimiento de comunicaciones y contacto del paciente en la página 30 a continuación estará vigente durante el tiempo que Mail-Meds Clinical Pharmacy le suministre medicamentos a usted. Puede retirar este consentimiento en cualquier momento poniéndose en contacto con nuestros Coordinadores de Beneficios de Salud al (800) 939-2022 opción 3.

Mail-Meds Clinical Pharmacy compartirá esta información con las personas que usted elija para coordinar entregas y envíos de sus medicamentos, discutir su tratamiento y/o copagos. Esta información puede ser compartida para evitar cualquier retraso en la entrega de sus medicamentos.

Para informarnos sobre cómo usted desea que nos comuniquemos y a quién podemos dar información, por favor complete el siguiente formulario y devuélvalo en el sobre prepagado adjunto.

¡Gracias!

Consentimiento de Comunicaciones y Contacto del Paciente

Por favor complete el formulario colocando una marca (✓) en cada sección para ponernos en contacto con usted:

- Por favor, póngase en contacto conmigo **a mi teléfono de la casa**:(_____) _____ - _____
- La Farmacia solamente puede dejar un nombre y número de teléfono para llamar de vuelta.
- La Farmacia puede dejar un mensaje detallado al llamar.
- La Farmacia puede compartir información con cualquier persona que atienda mi teléfono residencial.
- Por favor, póngase en contacto conmigo **a mi teléfono celular**:(_____) _____ - _____
- La Farmacia puede solamente dejar un nombre y un número de teléfono cuando llamen.
- La Farmacia puede dejar un mensaje detallado cuando llamen.
- Por favor, póngase en contacto conmigo a mi teléfono **del trabajo**:(_____) _____ - _____
- La Farmacia puede solamente dejar nombre y un número de teléfono.
- La Farmacia puede dejar un mensaje detallado.
- La Farmacia puede enviar **mis** medicamentos e información sobre mis medicamentos.
- La Farmacia puede **entregar** mis medicamentos e información sobre mis medicamentos a **la dirección de mi casa**.
- Puede la Farmacia **entregar** mis medicamentos e información sobre mis medicamentos a **mi dirección del trabajo**.
- Puede la Farmacia **entregar** mis medicamentos e información sobre mis medicamentos a: _____
- La Farmacia puede contactar a esta persona con mi consentimiento como **contacto de emergencia**:
- Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____
- La farmacia puede compartir mi información con las siguientes personas:
- Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____
- Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____
- Aunque **los mensajes de texto** comunicados de forma inalámbrica suelen estar encriptados, la posibilidad de ser interceptados o descifrados existe. Los mensajes de texto residen en un dispositivo móvil o servidor del operador indefinidamente donde la información puede estar expuesta a terceros no autorizados debido al robo, pérdida o reciclaje del dispositivo. Sin embargo, usted puede dar su consentimiento para recibir mensajes de texto de nosotros sobre sus medicamentos. Utilizaremos la cantidad mínima necesaria de información médica protegida en cualquier comunicación. Nuestro primer mensaje de texto verificará su número de teléfono celular. Con pleno conocimiento de que los mensajes de texto no son una forma segura de comunicación estoy de acuerdo con lo siguiente (marque ✓ uno):
- Autorizo y acepto el riesgo de recibir información a través de Mensajería de texto. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. El número de teléfono celular que autorizo para recibir mensajes de texto sobre mis medicamentos es (_____) _____ - _____
- No autorizo recibir ninguna información a través de mensajes de texto. Entiendo que puedo cambiar de opinión y dar mi consentimiento por escrito en una fecha posterior.
- El **correo electrónico** encriptado a través de Microsoft Office 365 Messenger es una forma segura de comunicación. Existe el riesgo de que cualquier información sensible o confidencial contenida en cualquier correo electrónico pueda ser divulgada o interceptada por terceros no autorizados. Sin embargo, puede dar su consentimiento para recibir correo electrónico de nosotros con respecto a sus medicamentos. Utilizaremos la cantidad mínima necesaria de información médica protegida (PHI) en cualquier comunicación. Nuestro primer correo electrónico a usted verificará la dirección de correo electrónico que nos proporcione. Con pleno conocimiento de que el correo electrónico no es una forma 100% segura de comunicación estoy de acuerdo con lo siguiente (marcar ✓ uno):
- Autorizo y acepto el riesgo de recibir información por correo electrónico. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Mi dirección de correo electrónico es: _____
- Autorizo recibir recordatorios de medicamentos por correo electrónico. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Mi dirección de correo electrónico es: _____
- No autorizo recibir ninguna información por correo electrónico. Entiendo que puedo cambiar de opinión y dar mi consentimiento por escrito en una fecha posterior.

Nombre del Paciente (Letras Separadas)

Fecha
(Paciente, Padre, Tutor Legal o Agente Autorizado)

Firma

Preocupaciones y Quejas del Paciente

Usted tiene el derecho y la responsabilidad de expresar sus inquietudes, insatisfacción o presentar quejas sobre servicios usted recibe o no, sin temor a represalias, discriminación o interrupción no razonable de sus servicios.

El número de teléfono de la oficina corporativa de JTJ Medical Supply, Inc. es (800) 939-2022. Usted debería llamar durante los horarios de oficina, por favor pida hablar con el Gerente General de Operaciones de Farmacia. Si llama fuera del horario de servicios (incluidos fines de semana y días festivos), solicite hablar con el farmacéutico. También puede presentar una queja formal por escrito. Consulte la página 32 a continuación para obtener una copia de nuestro formulario de Preguntas e Inquietudes del Paciente.

Mail-Meds Clinical Pharmacy tiene un proceso formal de reclamos que garantiza que sus inquietudes/quejas que serán revisadas e investigadas. Se hará todo lo posible para resolver todas las quejas dentro de los cinco (5) días laborables siguientes al que sometió su formulario de reclamación. Se le informará por teléfono o por escrito si no podemos comunicarnos con usted por teléfono, de la resolución de su queja. Si se necesita más tiempo para resolver la preocupación/ queja, también se le informará verbalmente y por escrito.

Si usted siente la necesidad de discutir sus inquietudes, insatisfacciones o quejas con otra entidad fuera de MailMeds Clinical Pharmacy, usted tiene el derecho de expresar sus quejas al Secretario del Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20201; o puede llamar al (202) 619-0257 o 1-877-696-6775 (libre de costo); o puede acceder al portal de internet.

Si desea, también puede presentar una queja ante la Comisión Acreditadora de Revisión y Utilización, URAC por sus siglas en inglés al (202) 216-9010 o ante la Comisión para la Acreditación de Cuidado Médico ACHC, por sus siglas en inglés al 1-855-937-2242 ó 919-785-1214 y solicitar el Departamento de Quejas.

Si necesita presentar una queja contra la farmacia o uno de nuestros empleados, por favor visite:

Para Florida: <http://www.floridahealth.gov/licensing-and-regulation/enforcement/report-unlicensed-activity/file-a-complaint.html> o llame a (877) 425-8852.

Para Carolina del Sur: <https://www.sciway.net/consumer/contacts.html> o llame al (803) 896-4700

Para Virginia: <https://www.dhp.virginia.gov/pharmacy/> o llame al (800) 533-1560

Para Arizona: <https://pharmacy.az.gov/complaint> o llame al (602) 771-2727

JTJ MEDICAL SUPPLY, INC.

Formulario de Preocupaciones y Quejas del Paciente

El personal de JTJ Medical Supply, Inc. se esfuerza por garantizar que la calidad de los productos/servicios sean consistentes con nuestra filosofía. Como se indica en la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, usted tiene el derecho de recibir servicios de farmacia de una calidad adecuada y profesional sin discriminación. También tiene derecho a expresar sus inquietudes o quejas sobre su servicio sin represalias o discriminación.

Si no está satisfecho con nuestro servicio o tiene inquietudes sobre la seguridad y la calidad del cuidado de salud, nos gustaría que se ponga en contacto con nuestra administración. Puede completar este formulario o llamarnos al número (800) 939-2022 o visitar nuestro sitio web en www.mailmeds.com para enviar sus inquietudes.

Dentro de un (1) día laborable de haber recibido su queja, le notificaremos por teléfono, correo electrónico, fax o formato de carta que el asunto está bajo investigación. A más tardar cinco (5) días laborables después de recibir su queja, JTJ Medical Supply, Inc. le proporcionará una notificación verbal o por escrito con una respuesta de los resultados de la investigación.

Envíe este formulario por correo a:
JTJ Medical Supply, Inc., P.O. Box 62134, Fort Myers, FL 33906-9987
o Fax al (855) 523-0910

Le agradecemos de antemano por traer sus preocupaciones a nuestra atención, ya que nos ayudará en nuestro esfuerzo continuo para mejorar la calidad de nuestros servicios.

Su nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Por favor escriba claramente)

Descripción del problema, preocupación o queja (incluya fechas, horas y nombres, si es posible):

Completado por (Firma): _____ Fecha: _____

Relación con el paciente (si aplica): _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASISTENCIA: GASTOS DEL BOLSILLO (OUT-OF-POCKET)

Reclamos al Seguro / Deducibles / Opción de Pago en Efectivo

Mail-Meds Clinical Pharmacy enviará automáticamente los reclamos de recetas a su compañía de seguro médico en la fecha en que se procesa su receta. Usted se asegura de que se le proporcione información financiera transparente. Le llamaremos por teléfono sobre cualquier costo de su bolsillo antes de que le enviemos sus medicamentos. Los costos del bolsillo pueden incluir deducibles, copagos o coaseguros según estén disponibles. Procesaremos la reclamación y compararemos el precio en efectivo con el costo de su deducible y/o copago como una alternativa de mejor precio para usted. Le proporcionaremos estados de cuenta mensuales si usted es responsable financieramente de cualquier pago del medicamento recetado. Por favor notifique a Mail-Meds Clinical Pharmacy de cualquier cambio en su dirección de facturación o información del seguro. Si el seguro rechaza el pago de una receta, el personal de Mail-Meds Clinical Pharmacy le notificará para que podamos trabajar juntos en resolver el problema. Si no podemos resolver el problema, nuestro personal le proporcionará información sobre cómo presentar una reclamación. Usted puede ser responsable de pagar un copago y/o un deducible. Consulte la sección "Asignación de Beneficios" en la página 35 (abajo) para obtener más información sobre los pagos y la responsabilidad de las partes.

Copagos

En casi todos los casos, Mail-Meds Clinical Pharmacy está obligado a cobrar todos los copagos y deducibles del seguro según corresponda, antes de la entrega o recogido de sus medicamentos. Mail-Meds Clinical Pharmacy acepta las principales tarjetas de crédito o débito (por teléfono o en persona), tarjetas FSA/HSA, cheques personales o giros postales al momento de retirar sus recetas o pagos por adelantado a través del correo.

Saldos Pendientes

Si por alguna razón usted debe un saldo, este debe ser pagado antes de la próxima repetición de su receta. Mail-Meds Clinical Pharmacy acepta todas las principales tarjetas de crédito o débito (Visa, MasterCard, American Express y Discover), tarjetas FSA/HSA, cheques personales o giros postales.

Arreglo de Pago

Si necesita ayuda con un saldo pendiente y coordinar un arreglo de pago, comuníquese con nuestro Departamento de Facturación al (800) 939-2022 opción 4. Si recibe un cheque de su seguro médico o de recetas para los medicamentos que procesa Mail-Meds Clinical Pharmacy debe de endosar el cheque (firmar la parte posterior) y enviarlo por correo a: Mail-Meds Clinical Pharmacy; "Attn: Billing Dept"., P.O. Box 62134, Ft. Myers, FL 33906-9987. Incluya una copia de la Explicación de Beneficios también conocida como (EOB, por sus siglas en inglés) acompañado por el cheque que recibió.

Programa de Referidos de Asistencia de Copago y Asignación de Beneficios

Mail-Meds Clinical Pharmacy enviará automáticamente los reclamos de recetas a su compañía de seguro médico en la fecha en que se procesa su receta. Si el reclamo es rechazado por estar fuera de la red o hay un alto costo de su bolsillo como deducibles, coaseguros o copagos, un representante de la farmacia le notificará para que podamos trabajar juntos en resolver el problema. También le proporcionaremos información si la farmacia está dentro o fuera de la red de servicios contratados por su seguro médico y la diferencia en costos. Se le proporcionará una copia del reclamo (Informe de Gastos Médicos) por escrito que le aclarará las diferencias de los costos basados en su plan de seguro médico.

Mail-Meds Clinical Pharmacy intentará identificar cualquier Programa disponible de Asistencia de Copagos que pueda ofrecer ayuda financiera para ayudar a los costos del bolsillo como deducibles, copagos y/o coaseguros; y para asegurarle de que no tenga interrupciones en su terapia. Estos programas incluyen cupones de descuento de compañías manufactureras de medicamentos, cupones de copago, asistencia de varias fundaciones sin fines de lucro para el manejo de enfermedades crónicas y fundaciones de ayuda al paciente de compañías farmacéuticas.

Usted siempre será informado de copagos altos antes de procesar el medicamento. Exploraremos todos los recursos adicionales para ayudar a resolverlos. Si no existen recursos financieros disponibles, trabajaremos con su médico para buscar otras alternativas terapéuticas.

Si usted necesita asistencia de copago, complete el siguiente formulario en la página 35 y haga entrega a su Coordinador de Beneficios de Salud que trabajará con usted para identificar cualquier programa disponible. El completar este formulario no es garantía de los beneficios.

**JTJ MEDICAL SUPPLY, INC.
DBA MAIL-MEDS CLINICAL PHARMACY
ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Estimado Paciente de MailMeds Clinical Pharmacy,

Gracias por elegir nuestros servicios de Farmacia

Nos complace ofrecerle servicios completos de facturación a seguros, incluyendo la coordinación de beneficios para disminuir la cantidad de trámites que usted necesite hacer. Para permitirnos someter documentos sobre beneficios de farmacia para usted, su compañía de seguros requiere que tengamos una "Declaración de Asignación de Beneficios" en nuestros registros. Le pedimos que complete el formulario, firme en la parte inferior y lo devuelva en el sobre prepagado adjunto dentro de siete (7) días posteriores al recibo de este.

Asignación de Beneficios

Por la presente autorizo a Medicare, Medicaid o mi plan de seguro médico privado a pagar mi beneficio de medicamentos y suministros directamente a JTJ Medical Supply, Inc. Autorizo a JTJ Medical Supply, Inc. a presentar una apelación en mi nombre por cualquier denegación de pago y/o determinación adversa de beneficios relacionada con los servicios y la atención proporcionada. Además, autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar dicha información que pueda ser necesaria para que JTJ Medical Supply, Inc. presente un reclamo al seguro en mi nombre. El original será guardado en el archivo de JTJ Medical Supply, Inc. y una copia enviada a mi plan de seguro cuando sea solicitada.

Responsabilidad del Paciente

Estoy de acuerdo que la verificación de beneficios de mi compañía de seguros no me exime de la responsabilidad financiera por los servicios prestados. Si mi compañía de seguros deniega cualquier reclamo, en parte o en su totalidad, para añadir un deducible, coaseguro, copago, desautorización de pago, o la organización es un proveedor fuera de la red, seré financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro. Entiendo que mi responsabilidad financiera se determinará una vez el medicamento sea procesado y seré contactado por un representante de JTJ Medical Supply, Inc. informándome del costo antes de la entrega del medicamento y los costos serán informados tanto verbalmente como por escrito.

En caso de no cobertura, o si mi seguro debe pagarme beneficios directamente por cualquier servicio proporcionado por JTJ Medical Supply, Inc., endosaré todos los cheques de mi compañía de seguros como "Páguese a la orden de JTJ Medical Supply, Inc." dentro de los siete (7) días posteriores al recibo del cheque o proporcionaré el pago a JTJ Medical Supply, Inc. en forma de cheque personal o tarjeta de crédito.

Acepto informar a JTJ Medical Supply, Inc. de cualquier cambio en mi estatus incluyendo, pero no limitado a: cambio en la dirección, admisiones y dado de alta del hospital, hogar de ancianos o cualquier cambio que afecte mi cobertura de seguro, pagos o mi propia capacidad para pagar por productos y servicios prestados por JTJ Medical Supply, Inc. y prescritos por mi médico. Si tiene alguna pregunta con respecto a este formulario, comuníquese con JTJ Medical Supply, Inc. al: 2692 Oak Ridge Court, Fort Myers, FL 33901, ó al (800) 939-2022.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de póliza (Para uso interno de la compañía): _____

(Por favor escriba claramente)

Firma del Paciente: _____ Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Solicitud de Asistencia Financiera

Información del Paciente

Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino Otro

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellidos: _____

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

Número de Teléfono: _____ Número Alternativo: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

¿Cuál es el diagnóstico o condición de salud para esta solicitud? _____

¿Cuál es el tratamiento/medicamento que se le ha recetado al paciente? _____

Criterios de Cualificación para los Fondos

Número de personas que dependen del ingreso del hogar incluyendo al paciente: _____

¿Cuál es el ingreso anual bruto aproximado de los miembros del hogar? _____

¿El paciente es residente legal de los Estados Unidos? Sí No

¿El paciente tiene cubierta de seguro médico? Sí No

Información del Seguro Médico

Seguro Primario: _____ Número de Teléfono del Seguro Primario: _____

Número de Identificación: _____ Número de Grupo: _____

Nombre del Seguro de Farmacia (En Caso de ser Diferente): _____

Número de Teléfono del Seguro de Farmacia: _____

Número de Identificación: _____ Número de Grupo: _____

Información del Médico

Nombre del Médico: _____ Persona Contacto: _____

Número de Teléfono: _____ Fax: _____ DEA #: _____

Dirección Oficina: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información del Solicitante

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido(s): _____

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

Número de Teléfono: _____ Número Alternativo: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Autorización

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Relación con el Paciente: _____

Nombre del Paciente en Letra Separada: _____

SEGURIDAD Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE

Preparación en Caso de Emergencias

En caso de haber una emergencia en su área que impida la entrega a tiempo de sus medicamentos, por favor comuníquese con su médico o acuda a un hospital local para recibir asistencia.

Desarrollo de plan de acción

En caso de incendio, cree un plan de escape y comuníquese esta información a todos los miembros de su familia. Escoja una habitación con dos (2) salidas y planifique que todos se reúnan en un solo lugar fuera de la casa. Localice rampas u otras salidas de emergencia.

Si usted está postrado en cama, puede notificar al departamento de bomberos local sobre qué habitación ocupa dentro de su vivienda. Los dormitorios deben estar en la planta baja, si es posible, para facilitar la salida en caso de incendio.

Los detectores de humo son imprescindibles.

Debe haber al menos un detector funcionando en cada planta. Debe haber un detector cerca de la cocina y la sala porque la mayoría de los incendios comienzan en esas habitaciones. Si no tiene un detector de humo, existen recursos en la comunidad libre de costos. Por favor, hable con su trabajador social o manejador de caso.

Mantenga un extintor cerca

En caso de incendio, llame al departamento de bomberos. Sólo combata un incendio si el fuego es pequeño y todos han sido evacuados. Procure mantener una ruta de escape. De haber niños en la casa, realice un simulacro de incendio para educarlos sobre seguridad en caso de incendios. Recuérdeles a todos que se mantengan agachados porque el humo siempre sube. No abra ninguna puerta a menos que se sienta fría a la parte posterior de tu mano. Si la ropa se incendia: DETENGASE, TIRESE AL PISO Y RUEDE.

Desarrolle un plan por aviso de tornados. Si es posible, muévase a una habitación sin ventanas, cubra las ventanas con mantas pesadas para evitar que los vidrios rotos entren a la habitación.

Mantenga una linterna y una radio de batería a mano. Durante un apagón de energía, si usted tiene un concentrador de oxígeno debe ser apagado. Póngase en contacto con la empresa que suministra su oxígeno para recarga si se prefiere o se necesita un tanque de oxígeno portátil. Si decide quedarse con un amigo o familiar que tiene electricidad en su casa, llame a su trabajador social o manejador de caso para hacerle saber.

Antes y durante las temporadas de mal clima, Mail-Meds Clinical Pharmacy creará un plan para asegurar la disponibilidad de los medicamentos y suministros. Se realizarán llamadas telefónicas diarias para evaluar los problemas que sean necesarios.

Seguridad de Medicamentos

MailMeds Clinical Pharmacy recomienda lo siguiente para seguridad general de medicamentos:

- Mantener una lista de sus medicamentos actualizada que te ayude a recordar los nombres y cómo se supone que debes tomarlos.

- Por su propia seguridad, lleve consigo una lista actual de sus medicamentos en todo momento. Todos los integrantes de su equipo de atención médica deben conocer los medicamentos se le han recetado y los que toma sin receta médica.
- Cuando visite sus médicos, enfermeras, dentistas y farmacéuticos muéstreles su lista. Es importante revisar su lista con su equipo de atención médica en cada visita.
- Asegúrese de tener una lista de medicamentos que debe tomar en su casa luego de ser dado de alta de un hospital. En el hospital le pueden cambiar o discontinuar la dosis o frecuencia de algún medicamento. Pregúntele a su médico cualquier duda que tenga sobre sus medicamentos antes ser dado de alta.
- La lista de medicamentos debe contener medicamentos recetados y todos los medicamentos sin receta o suplementos o de venta libre. Estos medicamentos son los que puede comprar sin receta médica como por ejemplo: Tylenol®, vitaminas, CQ-10 o aceite de pescado.

Es importante para usted estar informado de todos sus medicamentos para contestar lo siguiente:

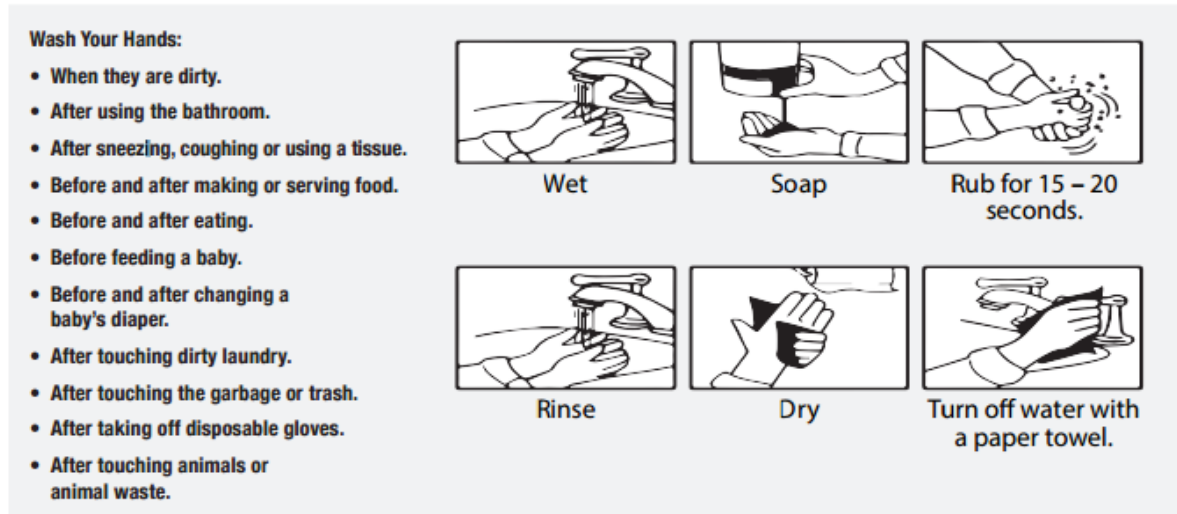
- ✓ ¿Para qué enfermedad se ha recetado el medicamento?
- ✓ Conocimiento general de cómo funciona el medicamento.
- ✓ Conocimiento de posibles efectos secundarios como por ejemplo para prevenir una lesión a usted u otras personas al conducir después de tomar un narcótico.
- ✓ ¿Cómo tomar su medicamento como frecuencias, tiempo, dosis y ruta (por vía oral, inyección subcutánea debajo de la piel)?
- ✓ Interacciones del medicamento, por ejemplo, tomar con alcohol o jugo de toronja.
- ✓ Capacidad para administrarse medicamentos según recetado, o la capacidad de administrarse inyecciones cuando se ordenen.
- ✓ ¿El medicamento tiene alguna advertencia especial como “Black-Box-Warning”, tomar con alimentos o tomar con el estómago vacío? Qué hacer si se olvida tomar el medicamento; a veces no se puede tomar la dosis olvidada.
- ✓ ¿Puedes masticar o triturar el medicamento?
- ✓ ¿Cuándo notificar al farmacéutico y al médico?
- ✓ ¿Cómo almacenar su medicamento, es decir, si es necesario que se almacenen en el refrigerador, es sensible a la luz o al rango de temperatura en el que el medicamento necesita ser almacenado?
- ✓ Inspeccione su medicamento después de haber sido recibido: ¿Se ve el medicamento como el que ha tomado antes? ¿Es correcta la etiqueta? ¿Tiene tu nombre en el paquete?
- ✓ Si tiene PREGUNTAS, llame al farmacéutico. Pueden ocurrir errores al dispensar medicamentos.
- ✓ ¿Cómo desechar sus medicamentos de forma adecuada y segura? Inspeccione sus medicamentos cuando se entreguen en busca de daños y rango de temperatura adecuado. Esto es muy importante para los medicamentos que necesitan ser refrigerados.

Si le preocupa la integridad del medicamento llame a Mail-Meds Clinical Pharmacy /o. Asegúrese de mantener los medicamentos fuera del alcance de los niños o de personas con problemas cognitivos. Los medicamentos deben almacenarse según lo recomendado por el fabricante, se proporciona información escrita con cada envío. Es importante que revise la información, sin embargo, si tiene preguntas por favor llame a la farmacia al (800) 939-2022.

Higiene de Manos

Higiene de manos es un término general que se aplica para el lavado de manos con agua y jabón, lavado de manos con gel antibacteriano o frotamiento de mano a base de alcohol. Es la mejor manera de prevenir la propagación de microorganismos. La higiene de las manos debe llevarse a cabo como se indica a continuación, ya sea con jabón y agua corriente (si las manos están visiblemente sucias) o con alcohol frotado (si las manos aparecen limpias).

Cómo lavarse las manos para prevenir enfermedades



Preparación de Inyecciones

Qué hacer antes de cualquier inyección:

1. Lávese bien las manos con jabón antibacteriano durante veinte (20) segundos, séquese bien con toallas de papel. (Vea imagen anterior)
2. Prepare un área limpia libre de polvo y suciedad; limpie el área con alcohol si es necesario.
3. Reúna todos los suministros necesarios como: jeringa, medicamentos, toallitas de alcohol, un contenedor para materiales de desecho y colóquelos en una toalla limpia. Asegúrese de que su área de trabajo tenga suficiente iluminación y de que tenga sus espejuelos o lentes, de ser necesario, para asegurarse de llenar la jeringa con la cantidad correcta de medicamento.
4. Si no está utilizando una jeringa precargada, prepare su medicamento y llene la jeringa de acuerdo con las instrucciones del fabricante del medicamento que se encuentran en el folleto del medicamento.
5. Dependiendo del tipo de medicamento, es posible que necesite desechar la aguja utilizada para extraer el medicamento y colocar una aguja nueva en la jeringa para la inyección. Esto es conocido como una aguja de intercambio; las agujas adicionales deben estar en el envase con el medicamento. Esto puede ser necesario para evitar infectar la piel o los tejidos de inyección. Recuerde desechar todas las agujas en el envase para desecho de agujas.

Disposición de Jeringas y Residuos Biomédicos

Usted puede prevenir lesiones, enfermedades o contaminación siguiendo los siguientes pasos: Deseche los objetos afilados, cortantes o punzantes y materiales contaminados que utiliza para administrarse inyecciones en su hogar.

Debe colocar los siguientes objetos en un recipiente de plástico duro o de metal con una tapa atornillada o bien asegurada.

- Agujas
- Jeringas
- Lancetas
- Otros objetos afilados

Nosotros podríamos facilitarle un contenedor para material de desecho médicos, o puede también comprarlos. Antes de desechar un recipiente, asegúrese de reforzar la tapa con cinta adhesiva fuerte o de trabajo pesado. No coloque objetos afilados en ningún contenedor que planea reciclar o devolver a una tienda, y no utilice envases de vidrio o plástico transparente (consulte la información adicional a continuación). Asegúrese de mantener todos los contenedores con objetos afilados fuera del alcance de los niños y las mascotas.



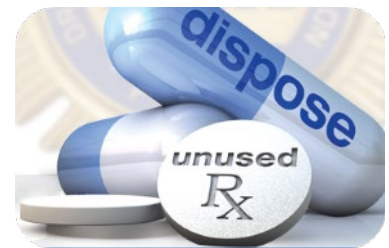
También recomendamos que los siguientes artículos se coloquen en bolsas de plástico seguras antes de colocarlos en el envase de basura con su otra basura.

- Vendajes usados
- Toallitas desechables
- Guantes médicos

Desecho Adecuado de Medicamentos no Utilizados

Transfiera los medicamentos no utilizados al personal autorizado para su disposición final

Los consumidores y cuidadores deben retirar los medicamentos expirados, no deseados o no utilizados de su hogar lo más rápido posible para ayudar a reducir la posibilidad de que otras personas puedan tomar accidentalmente o hacer un uso indebido o intencional del medicamento.



Los programas de devolución de medicamentos son una buena manera de eliminar de forma segura la mayoría de los tipos de medicamentos innecesarios. La Administración de Control de Drogas de los Estados Unidos (DEA, por sus siglas en inglés) organiza periódicamente eventos nacionales donde se establecen lugares de recolección en las comunidades de todo el país para la eliminación segura de dichos medicamentos. Las agencias locales de ley y orden también pueden patrocinar programas de devolución de medicamentos en su comunidad. Del mismo modo, puede ponerse en contacto con las autoridades locales para manejo de desperdicios para obtener información sobre las opciones disposición de medicamentos y las reglas en su área.

Otra opción para deshacerse de los medicamentos innecesarios es transferir los medicamentos no utilizados a los recolectores registrados por la DEA. Estos colectores autorizados de la DEA recogen y desechan de forma segura los productos farmacéuticos que contienen sustancias controladas y otros medicamentos. En su comunidad, estos sitios autorizados pueden ser farmacias de comunidad u hospital, clínicas o agencias de ley y orden. Algunos lugares de recolección autorizados también pueden ofrecer programas de devolución por

correo o buzones de entrega, para ayudar a los consumidores a desechar de forma segura sus medicamentos no utilizados.

Puede visitar el sitio web de la DEA para obtener más información sobre la eliminación de medicamentos, eventos del Día Nacional de Devolución de Medicamentos y para localizar a un recolector autorizado por la DEA en su área. También puede llamar al Centro de Llamadas de la Oficina de Control de Desvío de la DEA al: 1-800-882-9539 para encontrar un recolector autorizado en su comunidad.

Eliminación en la basura doméstica

Si no hay programas de devolución de medicamentos o colectores autorizados por la DEA en su área, y no hay instrucciones específicas de eliminación en la etiqueta, siga estos sencillos pasos para eliminar la mayoría de los medicamentos en la basura doméstica:



Follow these simple steps to dispose of medicines in the household trash

MIX
Mix medicines (do not crush tablets or capsules) with an unpalatable substance such as dirt, kitty litter, or used coffee grounds;

PLACE
Place the mixture in a container such as a sealed plastic bag;

THROW
Throw the container in your household trash;

SCRATCH OUT
Scratch out all personal information on the prescription label of your empty pill bottle or empty medicine packaging to make it unreadable, then dispose of the container.

Asegúrese de deshacerse de los medicamentos de una manera segura que no llegue al alcance de los niños.

En muy pocas circunstancias se debe desechar el medicamento por el inodoro. Consulte las instrucciones de disposición en la etiqueta del medicamento o la información del paciente adjunta. Puede consultar la lista de medicamentos recomendados para su eliminación por el inodoro.

<https://www.fda.gov/downloads/drugs/resourcesforyou/consumers/buyingusingmedicinesafely/ensuringsafeuseofmedicine/safedisposalofmedicines/ucm337803.pdf>

POR FAVOR, NO ENVÍE LOS MEDICAMENTOS USADOS, EXPIRADOS, MATERIAL DE DESECHO MEDICO, CONTENEDORES DE OBJETOS PUNZANTES DE VUELTA A MAIL-MEDS CLINICAL PHARMACY POR MEDIO DEL CORREO, O LOS SIGUIENTES:

Los contenedores de desechos no son reciclables

La AGENCIA DE PROTECCION AMBIENTAL promueve actividades de reciclaje e insta a desechar los objetos punzantes de desechos médicos en un contenedor resistente no reciclable cuando sea posible. Si se utiliza un contenedor reciclable para eliminar los objetos punzantes de desechos médicos, asegúrese de no mezclar este recipiente con otros materiales que se van a reciclar. Dado que los objetos punzantes perjudican el proceso de reciclaje. Un contenedor que contiene objetos punzantes de desechos médicos pertenece a la basura doméstica normal. Es posible que incluso usted desee etiquetar el contenedor, "NO PARA RECICLAR". Además, asegúrese de que su contenedor esté hecho de material resistente a golpes y que tenga una tapa que se pueda cerrar de forma segura. Estos pasos contribuyen a la protección de los trabajadores y reduce el riesgo posibles lesiones (además que el impacto al ambiente por no reciclar estos contenedores es mínimo).



**JTJ MEDICAL SUPPLY, INC.
DBA MAIL-MEDS CLINICAL PHARMACY
RECIBO DE ENTREGA DEL MANUAL DE BIENVENIDA**

Confirmación del recibo del Manual de Bienvenida que contiene como mínimo la siguiente información:

- ✓ Información de Contacto
- ✓ Horario de Servicios
- ✓ Disponibilidad de un Farmacéutico Clínico Fuera del Horario de Operaciones
- ✓ Programa de Manejo Clínico del Paciente
- ✓ Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente
- ✓ Documento para someter Preocupaciones y Quejas del Paciente
- ✓ Solicitud de Asistencia Financiera e Información
- ✓ Documento de Asignación de Beneficios
- ✓ Seguridad y educación del paciente para incluir planificación para emergencias y desecho de objetos punzantes / desechos médicos
- ✓ Consentimiento de Comunicación y Contacto del Paciente
- ✓ Aviso de Prácticas de Privacidad
- ✓ Documento de Satisfacción del Cliente

Confirme que ha recibido de JTJ Medical Supply, Inc. El Manual de Bienvenida de nuestra farmacia especializada firmando a continuación y luego devolviendo este documento en el sobre prepagado adjunto.

¡Gracias!

Firma: _____

Nombre: _____ Fecha: _____
(Por favor escriba claramente)

Dirección Residencial: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____