



Información sobre el paciente y acuerdo de asignación

Aetna Specialty Pharmacy®

Quisiéramos brindarle una lista de sus derechos y responsabilidades como paciente de Aetna Specialty Pharmacy. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame al número gratuito **1-866-782-ASRX (1-866-782-2779)** o TDD: **1-877-833-ASRX (1-877-833-2779)**.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

Cada uno de los pacientes tiene los siguientes derechos:

- Ser tratado con dignidad y respeto independientemente de su raza, color, religión, sexo, edad, nacionalidad u origen étnico, diagnóstico o fuente de pago.
- Ser informado sobre la titularidad, los servicios disponibles, la cobertura de seguro y otros cargos, si corresponde.
- Ser informado sobre su enfermedad y tratamiento, cuándo y cómo se prestarán los servicios, el nombre y la función de cualquier persona y agencia que le brinde atención y servicio, y el nombre de la persona responsable de la coordinación de la atención.
- Ser informado con anticipación sobre cualquier cambio en la atención o tratamiento relacionado con su bienestar.
- Tomar decisiones informadas sobre su atención y participar activamente en la planificación de la atención.
- Recibir instrucciones sobre su terapia a fin de alcanzar el nivel más alto de atención y bienestar.
- Recibir atención y servicios continuos de parte del personal calificado por su educación y experiencia para brindar el servicio del que es responsable.
- Participar en investigaciones y tratamientos experimentales, documentando previamente su consentimiento voluntario e informado.
- Rechazar el tratamiento dentro de los límites establecidos por ley, después de haber sido informado sobre las consecuencias de dicha acción y de haberlas entendido perfectamente.
- Recibir tratamiento y atención bajo confidencialidad y privacidad, incluyendo el tratamiento confidencial de los registros del paciente, y rechazar la divulgación de su información como paciente a cualquier persona ajena, excepto en caso de ser trasladado a otro centro de salud, de que sea requerido por ley o se celebre un contrato con terceros.
- Ser informado sobre cualquier beneficio financiero en caso de ser remitido a una organización.
- Emitir una queja o reclamo y ser informado del procedimiento para registrar quejas sin exponerse a represalia, coacción o interrupción injustificada de los servicios.
- Recibir pronta respuesta a toda interrupción razonable de los servicios.
- Tener el derecho a la evaluación y manejo adecuados del dolor.

Cada uno de los pacientes tiene las siguientes responsabilidades:

- Brindar información correcta y completa sobre sus antecedentes médicos.
- Aceptar un programa de servicios e informar en caso de cancelar alguna cita programada.
- Participar en el desarrollo y actualización de un plan de atención.
- Comunicar si entiende claramente el curso del tratamiento o plan de atención.
- Seguir el plan de atención y la condición clínica.
- Informar acerca de problemas, cambios inesperados en la condición física, hospitalizaciones, inquietudes o quejas.
- Aceptar la responsabilidad de sus acciones en caso de rechazar el tratamiento o no seguir el plan de atención.
- Cumplir con las obligaciones financieras de los servicios prestados.
- Respetar los derechos de las personas que prestan servicios de atención domiciliaria.

Planes basados en DMO y HMO - IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? En caso de no poder leerla, le brindamos nuestra ayuda. También puede obtener esta carta escrita en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, por favor llame de inmediato al 1-877-287-0117.

Planes basados en PPO - IMPORTANTE: Puede obtener la ayuda de un intérprete sin costo alguno para hablar con su médico o con su compañía de seguros. Para obtener la ayuda de un intérprete o preguntar sobre información escrita en español, primero llame al número de teléfono de su compañía de seguros al: 1-877-287-0117. Alguien que habla español puede ayudarle. Si necesita ayuda adicional, llame a la línea directa del Departamento de seguros al 1-800-927-4357.



ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Aetna Specialty Pharmacy[®]

Por medio del presente, autorizo a Aetna Specialty Pharmacy a cobrarle a mi compañía de seguro o a cualquier otra fuente de pago. Asigno todos los beneficios y autorizo el pago directamente a Aetna Specialty Pharmacy de cualquier beneficio que de otro modo se me pague por todos los reclamos de los servicios suministrados o presentados antes o después de la fecha indicada en este formulario.

Entiendo que soy responsable económicamente del pago de todos los servicios prestados y que estoy obligado a pagar todos los cargos que mi compañía de seguros rechace. Esta asignación y autorización de ninguna manera me exime de dicha responsabilidad ni le impone a Aetna Specialty Pharmacy la obligación de recaudar dinero en mi nombre.

He leído, comprendido y estoy de acuerdo con toda la información detallada más arriba y en la página uno de este documento. Una fotocopia de este acuerdo puede utilizarse como si fuera el original.

Esta asignación de beneficios será efectiva hasta que yo la revoque por escrito. Dicha revocación sólo es válida para el futuro.

Por favor escriba con letra imprenta su nombre: _____ Fecha: _____

Firma del paciente/guardián (si corresponde): _____ Fecha: _____

Firma del asegurado primario: _____ Fecha: _____

Número de seguro social del paciente: _____

Encontrará una copia de este formulario en el paquete que recibió. Por favor firme las dos copias y conserve una para sus registros. Por favor remítanos una copia dentro del sobre con franqueo pagado que adjuntamos.



ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Aetna Specialty Pharmacy®

Por medio del presente, autorizo a Aetna Specialty Pharmacy a cobrarle a mi compañía de seguro o a cualquier otra fuente de pago. Asigno todos los beneficios y autorizo el pago directamente a Aetna Specialty Pharmacy de cualquier beneficio que de otro modo se me pague por todos los reclamos de los servicios suministrados o presentados antes o después de la fecha indicada en este formulario.

Entiendo que soy responsable económicamente del pago de todos los servicios prestados y que estoy obligado a pagar todos los cargos que mi compañía de seguros rechace. Esta asignación y autorización de ninguna manera me exime de dicha responsabilidad ni le impone a Aetna Specialty Pharmacy la obligación de recaudar dinero en mi nombre.

He leído, comprendido y estoy de acuerdo con toda la información detallada más arriba y en la página uno de este documento. Una fotocopia de este acuerdo puede utilizarse como si fuera el original.

Esta asignación de beneficios será efectiva hasta que yo la revoque por escrito. Dicha revocación sólo es válida para el futuro.

Por favor escriba con letra imprenta su nombre: _____ Fecha: _____
Firma del paciente/guardián (si corresponde):

_____ Fecha: _____

Firma del asegurado primario: _____ Fecha: _____

Número de seguro social del paciente: _____