

Acuse de recibo del servicio

Firme y entregue a Memorial Specialty Pharmacy Services en el sobre con franque pagado proporcionado

ACUSE DE RECIBO DEL ENVÍO

A fin de garantizar la eficacia y la entrega de su Medicamento especializado con el estándar de calidad más alto, Memorial Specialty Pharmacy Services utiliza un empaquetado especial y un envío acelerado.

Se le enviará el medicamento sin cargo. Utilizamos un servicio de mensajería nacional nocturno o un servicio de mensajería local en el mismo día según la naturaleza de la entrega, la ubicación y las pautas predeterminadas.

Coordinaremos con usted la fecha exacta de entrega y la hora aproximada. Es necesario que el destinatario firme la mayoría de las entregas. Asegúrese de estar en su casa para firmar y recibir el paquete en su ubicación de entrega y hora programadas para evitar retrasos o comprometer sus medicamentos.

En el caso de que usted autorice que su paquete se entregue sin requerir una firma, debe saber que usted es responsable de cualquier paquete extraviado, dañado o robado.

En el caso de un retraso en el envío, le notificaremos el motivo de dicho retraso. Si un retraso en el envío causa la interrupción de su tratamiento, lo ayudaremos a encontrar otra farmacia que despache el medicamento especializado.

Valoramos a nuestros clientes y queremos seguir brindado un servicio al cliente excelente. Para ayudarnos, verifique que los envíos sean tal cual los pidió cuando los reciba. Llame al equipo de Memorial Specialty Pharmacy Services para informar cualquier preocupación o discrepancia.

ACUSE DE RECIBO DEL PAQUETE DE BIENVENIDA

Recibí y comprendo la información del Paquete de bienvenida, que incluye los Derechos y responsabilidades del paciente y los Estándares de proveedores de DMEPOS.

ACUSE DE RECIBO DE EQUIPOS PARA EL PACIENTE (MARQUE SI CORRESPONDE)

Acuso recibo de las instrucciones de fabricación para los equipos para el paciente proporcionados por Memorial Specialty Pharmacy Services.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD DEL MHS

Por la presente, acuso recibo del Aviso de privacidad de MHS que brinda información sobre la manera en que Memorial Healthcare System, sus empleados, representantes y sus médicos personales y otros profesionales de atención médica que brindan atención en los centros de MHS, pueden usar y divulgar la información médica protegida sobre usted.

Nombre: _____ Fecha : _____

Firma: _____

O bien

Firma del representante legal personal del paciente: _____

Relación: _____ Fecha: _____