

## Acuerdo de Servicios y Cesión de Beneficios

De conformidad con el acuerdo de Memorial Specialty Pharmacy Services que estipula que (i) me proporcionarán medicamentos y (ii) facturarán a mi asegurador o tercero que deba pagar mis medicamentos, acepto los siguientes términos y condiciones:

**1. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO:** Autorizo a Memorial Specialty Pharmacy Services, conforme a las indicaciones de mi médico, a que me provea medicamentos. He recibido instrucciones de mi médico acerca de mis medicamentos recetados y comprendo los motivos por los cuales se consideran necesarios, sus riesgos, ventajas, posibles complicaciones y alternativas. Como con cualquier tratamiento médico, comprendo que hay riesgos y algunos son desconocidos. Certifico que no se me ha otorgado ninguna garantía ni se me ha hecho ninguna promesa, de forma expresa o tácita, junto con la medicación que me han recetado.

**2. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Comprendo que Memorial Specialty Pharmacy Services utilizará mi información médica protegida (o "PHI" por su sigla en inglés) conforme a la Notificación de Privacidad de Memorial Healthcare System que he recibido de Memorial Specialty Pharmacy Services. Si no recibo la Notificación de Privacidad de MHS, acepto llamar al 954-276-6779 para solicitar otra copia de Memorial Specialty Pharmacy Services.

**3. CESIÓN DE BENEFICIOS:** Por el presente, cedo a Memorial Specialty Pharmacy Services todos los beneficios de seguros y pagos que tengo derecho a recibir de terceros que tienen la obligación de pagar mis medicamentos (incluidos Medicare y/o Medicaid si corresponde), y todos los servicios, medicamentos, equipos o suministros provistos por Memorial Specialty Pharmacy. También autorizo a Memorial Specialty Pharmacy a reclamar directamente dichos beneficios de seguros y pagos de todos los terceros que deben pagar mis medicamentos y esta cesión de beneficios debe ser continua, a menos que la cancele por escrito y hasta que yo lo haga. La cancelación de esta cesión de beneficios tendrá efecto cuando se entregue a Memorial Specialty Pharmacy, mi(s) asegurador(es) y cada tercero que deba pagar mis medicamentos. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice directamente a Memorial Specialty Pharmacy en mi nombre, en caso de todo medicamento proporcionado por Memorial Specialty Pharmacy.

**4. RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Comprendo y estoy de acuerdo con que soy responsable por el pago de todas las sumas que puedan adeudarse por los medicamentos proporcionados por Memorial Specialty Pharmacy Services. Si, por cualquier motivo y sin importar el alcance, Memorial Specialty Pharmacy Services no recibe el pago de mi asegurador ni del tercero que deba pagar mis medicamentos, por la presente acuerdo realizar un pago a Memorial Specialty Pharmacy Services por el saldo impago dentro de los treinta (30) días después de haber recibido una factura de Memorial Specialty Pharmacy Service, excepto en los casos en los que el pago a Memorial Specialty Pharmacy Services esté prohibido por las leyes vigentes. Si mi asegurador y/o el tercero que deba pagar mis medicamentos me paga directamente, acuerdo endosar el pago a Memorial Specialty Pharmacy Services y enviarlo directamente a Memorial Specialty Pharmacy Services el día que reciba el pago.

**5. FACTURAS IMPAGAS:** Acepto que todas las sumas que deba a Memorial Specialty Pharmacy Services durante más de treinta (30) días corridos generan intereses, desde la fecha de vencimiento de dicha factura, del uno y medio por ciento (1,5%) por mes o la tasa máxima que permitan las leyes vigentes, la que sea menor. Asimismo, acepto acuerdo pagar todos los costos y gastos de los intentos de cobro de Memorial Specialty Pharmacy Services, lo que incluye honorarios razonables de los abogados y costos judiciales que deba pagar Memorial Specialty Pharmacy Services para cobrar sumas vencidas.

## Acuerdo de Servicios y Cesión de Beneficios

**6. INTEGRALIDAD DEL ACUERDO:** Este acuerdo contiene la totalidad del acuerdo entre las partes. Ningún otro tipo de declaración, promesa o acuerdo, oral o de otro tipo, ni expreso ni implícito, no incluido en el presente, tendrá efecto o vigencia. Este acuerdo será vinculante para las partes y redundará en beneficio de ellas, así como de sus sucesores a título universal y particular.

**7. PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS:** Todas las partes sin usar del medicamento recetado y suspendido de los pacientes deben aislarse de inmediato. La medicación no controlada debe destruirse o devolverse al farmacéutico o a la farmacia que provea servicios farmacéuticos dentro de las 72 horas con las anotaciones apropiadas, que deben incluir la fecha, la cantidad y el nombre y la concentración de los medicamentos. Los medicamentos de pacientes hospitalizados deben aislarse y almacenarse hasta que regrese el paciente o sea dado de alta de manera permanente. La destrucción de los medicamentos controlados del paciente que fueron suspendidos y los medicamentos controlados de pacientes dados de alta o fallecidos debe realizarse en forma conjunta por dos trabajadores autorizados que son parte del personal acreditado dentro de las 72 horas de la suspensión del medicamento o alta del paciente. Ambas partes deben firmar un registro de la destrucción y conservarlo en las instalaciones 2 años.

---

He leído, comprendido y estoy de acuerdo con la información precedente. Puede utilizarse una copia de este acuerdo como original. Este acuerdo de servicios y cesión de beneficios tendrá vigencia hasta que lo revoque por escrito. Dicha revocación solo tendrá efectos futuros.

Nombre del paciente en letra imprenta:

---

Firma del paciente/tutor:

---

Fecha:

---

Firma del asegurado principal:

---

Fecha:

---