

Consentimiento para Specialty Pharmacy

1. Este documento reconoce que mi médico me recetó medicamentos y que BioPlus Specialty Pharmacy Services, LLC. y su red de farmacias MedScripts Medical Pharmacy, River Medical Pharmacy, Route 300 Pharmacy, y Santa Barbara Specialty Pharmacy (cada "Pharmacy") servirán como farmacia especializada. La vía de administración de este medicamento está indicada en la etiqueta de la receta del medicamento junto con las instrucciones de uso. Voluntariamente elegí recibir el medicamento y tengo la edad legal y la autorización para suscribir este formulario de consentimiento.
2. Entiendo que tengo otras opciones de farmacias disponibles y que tengo derecho a elegir mi proveedor de farmacia. Ciertos programas y planes médicos pueden restringir el acceso a proveedores que están dentro de la red, según las leyes federales y estatales aplicables y los requisitos del programa de beneficios. Reconozco que mi terapia está bajo el control de mi médico; selecciono y autorizo a Pharmacy para que suministre los medicamentos y los suministros que se consideren necesarios para administrarme la terapia según las órdenes de mi médico.
3. El médico me explicó la terapia y el tratamiento, las terapias alternativas disponibles y los riesgos y peligros considerables inherentes a esta terapia. Entiendo que podría haber instrucciones especiales o capacitación. Me comprometo a leer las instrucciones y completar cualquier capacitación necesaria. Me comprometo a seguir las instrucciones y cumplir la capacitación dada y alertaré de inmediato al farmacéutico y al médico que extiende la receta sobre cualquier condición médica que pueda afectar adversamente mi salud personal o la eficacia del medicamento. Además, entiendo que tengo la oportunidad de hacer preguntas sobre el medicamento y que respondan todas mis preguntas.
4. Entiendo todos los aspectos de mi atención personal en casa y entiendo que tengo derecho a hacer cualquier pregunta y recibir la respuesta durante mi participación en el programa. Recibí la instrucción de llamar al "911" para atención médica de emergencia.
5. Recibí información respecto a la eliminación de desechos biomédicos, preparación en caso de emergencia e información sobre los medicamentos.
6. Recibí una copia del documento de Derechos y responsabilidades del paciente y una copia del Aviso de prácticas de privacidad y entiendo estos documentos. También sé que en cualquier momento que tenga preguntas puedo llamar a Pharmacy al 1-888-292-0744.
7. Debido a que estoy recibiendo medicamentos especializados, Pharmacy está obligada por contrato a obtener una constancia de la entrega. Entiendo que me pedirán que firme un comprobante de la entrega del transportista. Si no puedo firmar el comprobante de entrega, debo firmar y devolver el boleto de empaque adjunto al envío.
8. Autorizo a Pharmacy a facturarle a mi proveedor del seguro. Entiendo que, si no tengo cobertura de seguro o si una aseguradora no paga, puedo ser económicamente responsable de pagar por los cargos en lo que se incurra.
9. Varios fabricantes de medicamentos y otras entidades ofrecen programas que dan asistencia al paciente para ayudar con el pago, incluyendo, entre otras, tarjetas de copago sin limitaciones o reducciones de costos para ciertas terapias, recetas y medicamentos. Según corresponda, autorizo a Pharmacy a tomar todas las acciones necesarias para inscribirme y registrarme en los programas de asistencia al paciente para los que califico, con el propósito de identificar y obtener la ayuda con el pago.
10. Si tengo cobertura de seguro por medio de cualquier tipo de programa financiado por el gobierno estatal o federal (Medicare, Medicaid, Beneficios de médicos para empleados federales, TRICARE, VA), no soy elegible para participar en el Programa de copago. Doy fe de que mi plan de seguros no es un plan de seguros del gobierno estatal o federal, como Medicare, Medicaid o Tricare.

11. Si tengo cobertura para medicamentos con receta que da un pagador comercial privado y el pagador comercial optó por no participar en el Programa de copago, no soy elegible para participar. Entiendo que soy responsable de verificar con mi plan de seguros sobre cualquier limitación que puedan tener para usar las tarjetas de-copago u otra asistencia que pueda usar. No debo aceptar ninguna tarjeta de-copago o cualquier otra ayuda si lo prohíbe el plan del seguro.
12. Las llamadas a Pharmacy pueden grabarse para fines de capacitación, mantenimiento de registros y control de calidad.
13. Autorizo a BioPlus para que se comunique conmigo sobre mi terapia con medicamentos por correo electrónico, mensaje de texto u otras comunicaciones digitales. Si elijo no recibir comunicaciones con fines comerciales o de marketing, entiendo que BioPlus se reserva el derecho para comunicarse conmigo sobre la preparación o entrega de los medicamentos con receta.

Entiendo que puedo comunicarme con Pharmacy llamando al 1-888-292-0744 con cualquier pregunta relacionada con este formulario.

LEÍ Y ENTIENDO TOTALMENTE ESTE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TERAPIA.

Nombre del paciente ("Paciente"): _____

Firma del paciente: _____

Anterior/alias/apellido de soltera (si aplica): _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de la firma: _____

Nombre del representante personal (si corresponde): _____

Firma del representante personal (si corresponde): _____

Descripción de la autoridad del representante personal: _____

BioPlus Specialty Pharmacy (FL) (HQ) 376 Northlake Blvd., Altamonte Springs, FL 32701
BioPlus Specialty Pharmacy (NC) 100 Southcenter Ct. Suite 100, Morrisville, NC 27560
BioPlus Specialty Pharmacy (CA) 13925 Yale Ave. Suite 145, Irvine, CA 92620
BioPlus PE Center 4751 Hamilton Wolf Road, San Antonio, TX 78229
MedScripts Medical Pharmacy 1325 Miller Rd. Suite K, Greenville, SC 29607
River Medical Pharmacy 4752 Research Drive, San Antonio, TX 78240
Route 300 Pharmacy 1208 Route 300 Suite 103, Newburgh, NY 12550
Santa Barbara Specialty Pharmacy 4690 Carpinteria Ave. Suite B, Carpinteria, CA 93013

Revisión 4/2023