



National Medical Supply, Inc.
Corporate Headquarters
8021 South Grant Way
Littleton, Colorado 80122
Tel: (303) 777-1100 – Fax (303) 733-1122

Patient Name: _____ **ID:** _____

Authorization/Consent for Care/Service: I have been informed of the home care options available to me and of the selection of providers from which I may choose. I authorize National Medical Supply under the direction of the prescribing physician, to provide home medical equipment, supplies and services as prescribed by my physician.

Assignment of Benefits/Authorization for Payment: I hereby assign all benefits and payments to be made directly National Medical Supply, for any home medical equipment, supplies and services furnished to me in conjunction with my home care. I authorize National Medical Supply to seek such benefits and payments on my behalf. It is understood that, as a courtesy, National Medical Supply will bill Medicare/Medicaid or other federally funded sources and other payers and insurer(s) providing coverage, with a copy to National Medical Supply I understand that I am responsible for providing all necessary information and for making sure all certification and enrollment requirements are fulfilled. Any changes in the policy must be reported to National Medical Supply within 30 days of the event. I have been informed by National Medical Supply of the medical necessity for the services prescribed by my physician. I understand that in the event services are deemed not reasonable and necessary, payment may be denied and that I will be fully responsible for payment.

Release of Information: I hereby request and authorize National Medical Supply, the prescribing physician, hospital, and any other holder of information relevant to service, to release information upon request, to National Medical Supply, any payer source, physician, or any other medical personnel or agency involved with service. I also authorize National Medical Supply to review medical history and payer information for the purpose of providing home health care.

Financial Responsibility: I understand and agree that I am responsible for the payment of any and all sums that may become due for the services provided. These sums include, but are not limited to, all deductibles, co-payments, out-of-pocket requirements, and non-covered services. If for any reason and to any extent, National Medical Supply does not receive payment from my payer source, I hereby agree to pay National Medical Supply for the balance in full, within 30 days of receipt of invoice. All charges not paid within 45 days of billing date shall be assessed late charges. I am liable for all charges, including collection costs and all attorneys cost. I am responsible for all charges regardless of my payer unless my agreement with my health plan holds me harmless.

_____ **(Initials)** I acknowledge that I have been advised of my financial obligations to National Medical Supply.

Returned Goods: I understand that, due to Federal and State Regulations ancillary items prescribed for home health care cannot be re-dispensed. Therefore, ancillary items cannot be returned for credit. Home Medical Equipment that is rented will be returned after the physician has discontinued service. Sale items cannot be returned. National Medical Supply must be notified within 24 hours of the set-up if any equipment is defective. In the case of defective equipment, an exchange will be made for the defective item.

Patient Handouts: I acknowledge that I have received a copy of the Patient Handouts which contains Patient Rights and Responsibilities, Supplier Standards, Home Safety Information, HIPAA Privacy Standards, Emergency Planning, and Advance Directive Information. I acknowledge that I have received company marketing material and information on the company's scope of services. I acknowledge that the information in the Patient Handouts has been explained to me and that I understand the information. I understand my right to formulate and to issue Advance Directives to be followed should I become incapacitated. I will furnish National Medical Supply with a copy of such document.

Complaint Reporting: I acknowledge that I have been informed of the procedure to report a grievance should I become dissatisfied with any portion of my home care experience. I understand that I may lodge a complaint without concern for reprisal, discrimination, or unreasonable interruption of service. To place a grievance, please call (303) 777-1100 and speak to customer services. If your complaint is not resolved to your satisfaction within 5 working days, you may initiate a formal grievance, in writing and forward it to the Governing Body. You can expect a written response within 14 working days of receipt.

Acknowledgement of receipt of Medicare DME standards: I have received the Medicare DMEPOS and Suppliers Standard Policy. I have had the opportunity to ask questions, and I understand that any future questions that I may have about the Medicare DMEPOS and Suppliers Standard Policy or its contents will be answered by National Medical Supply, Inc.

You may also make inquiries or complaints about this company by calling Medicare at 1-800-MEDICARE, the Accreditation Commission for Health Care (ACHC) at 919-785-1214 and/or the Colorado Secretary of State through CMS at https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/DMEPOSCompetitiveBid/Competitive_Acquisition_Ombudsman.html

Patient: _____ **Date:** _____



National Medical Supply, Inc.
Corporate Headquarters
8021 South Grant Way
Littleton, Colorado 80122
Tel: (303) 777-1100 – Fax (303) 733-1122

Nombre del paciente: _____ **ID:** _____

autorización/consentimiento para atención/servicio: he sido informado de las opciones de atención a domicilio disponibles para mí y de la selección de proveedores de los que pueda elegir. Autorizo el suministro médico nacional bajo la dirección del médico que prescribe, para proporcionar el equipo médico casero, los suministros y los servicios según lo prescrito por mi médico.

Asignación de beneficios/autorización para el pago: por la presente asigno todos los beneficios y pagos para que se hagan directamente el suministro médico nacional, para cualquier equipo médico en casa, suministros y servicios que me proporcionó en conjunto con mi cuidado en casa. Autorizo el suministro médico nacional para buscar tales beneficios y pagos en mi nombre. Se entiende que, como cortesía. El suministro médico nacional facturará a Medicare/Medicaid u otras fuentes financiadas por el gobierno federal y otros pagadores y asegurador (s) que proporcionen cobertura, con una copia al suministro médico nacional entiendo que soy responsable de proporcionar toda la información necesaria y para asegurándose de que todos los requisitos de certificación y matrícula se cumplen. Cualquier cambio en la póliza debe ser reportado a la fuente médica nacional dentro de los 30 días del evento. He sido informado por el suministro médico nacional de la necesidad médica para los servicios prescritos por mi médico. Entiendo que en el evento los servicios son considerados no razonables y necesarios, el pago puede ser negado y que yo seré totalmente responsable del pago.

Divulgación de información: por la presente solicito y autorizo el suministro médico nacional, el médico de prescripción, el hospital y cualquier otro titular de información pertinente al servicio, para divulgar información previa solicitud, a la fuente médica nacional, cualquier fuente de pagador, médico, o cualquier otro personal médico o agencia involucrado con el servicio. También autorizo el suministro médico nacional para revisar el historial médico y la información del pagador con el propósito de proporcionar atención médica en el hogar.

Responsabilidad financiera: entiendo y acepto que soy responsable del pago de todas y cada una de las sumas que puedan ser debidas por los servicios prestados. Estas sumas incluyen, pero no se limitan a, todos los deducibles, copagos, requisitos de bolsillo y servicios no cubiertos. Si por cualquier razón y en cualquier medida, el suministro médico nacional no recibe el pago de la fuente de mi pagador, por la presente acepto pagar el suministro médico nacional para el saldo en su totalidad, dentro de los 30 días de la recepción de la factura. Todos los cargos no pagados dentro de los 45 días de la fecha de facturación se prorratearán cargos atrasados. Soy responsable de todos los cargos, incluyendo los costos de cobro y todos los costos de los abogados. Soy responsable de todos los cargos sin importar mi pagador a menos que mi acuerdo con mi plan de salud me mantenga inofensivo.

_____ **(Iniciales)** Reconozco que me han informado de mis obligaciones financieras con el suministro médico nacional.

Mercancías devueltas: entiendo que, debido a los reglamentos federales y estatales, los artículos auxiliares prescritos para el cuidado de la salud en el hogar no pueden ser redistribuidos. Por lo tanto, los artículos auxiliares no pueden ser devueltos para crédito. El equipo médico de casa que se alquila será devuelto después de que el médico haya discontinuado el servicio. Los artículos de venta no pueden devolverse. El suministro médico nacional debe ser notificado dentro de las 24 horas de la instalación si algún equipo está defectuoso. En el caso de equipos defectuosos, se efectuará un canje por el artículo defectuoso.

Folleto del paciente: Reconozco que he recibido una copia de los folletos del paciente que contiene los derechos y responsabilidades del paciente, las normas del proveedor, la información de seguridad en el hogar, los estándares de privacidad de HIPAA, la planificación de emergencia y la Directiva anticipada Información. Reconozco que he recibido material de marketing de la empresa e información sobre el alcance de los servicios de la compañía. Reconozco que la información en los folletos del paciente me ha sido explicada y que entiendo la información. Entiendo mi derecho a formular y emitir directivas anticipadas que deben seguirse en caso de que me incapaciten. Proporcionaré un suministro médico nacional con una copia de dicho documento.

Informes de quejas: Reconozco que me han informado del procedimiento para informar de una queja si no me conformo con cualquier parte de mi experiencia de cuidado en el hogar. Entiendo que puedo presentar una queja sin preocuparme por represalias, discriminación o interrupción irrazonable del servicio. Para poner una queja, por favor llame al (303) 777-1100 y hable con los servicios al cliente. Si su queja no se resuelve a su satisfacción dentro de 5 días laborables, usted puede iniciar una queja formal, por escrito y remitirla al Consejo de administración. Usted puede esperar una respuesta por escrito dentro de 14 días hábiles de recibo.

Acuse de recibo de las normas de Medicare DME: he recibido la póliza estándar de Medicare DMEPOS y proveedores. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y entiendo que cualquier pregunta futura que pueda tener acerca de la póliza estándar de Medicare DMEPOS y proveedores o su contenido será respondida por National Medical Supply, Inc.

También puede hacer preguntas o quejas acerca de esta compañía llamando a Medicare al 1-800-Medicare, la Comisión de acreditación para el cuidado de la salud (ACHC) en 919-785-1214 y/o el Secretario de estado de Colorado a través de CMS en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/DMEPOSCompetitiveBid/Competitive_Acquisition_Ombudsman.html

Paciente: _____ **fecha de:** _____