**LANCASTER UROLOGY**

**hacienda negocios como**

**KEYSTONE UROLOGY SPECIALISTS**

**DISPENSARIO EN CONSULTORIO**

**PAQUETE DE BIENVENIDA DEL PACIENTE**

Los clientes de Keystone Urología Especialistas tienen derecho a ser notificados por escrito sobre sus derechos y obligaciones antes de que la atención/servicio comience. Lancaster Urología tiene la obligación de proteger y promover los derechos de sus clientes a la atención, tratamiento y servicios dentro de sus capacidades y misión, y el cumplimiento con las leyes, regulaciones y estándares aplicables, que incluyen lo siguiente:

**¡Bienvenido a Keystone Urología y a nuestro Dispensario en Consultorio!**

Nosotros dispensamos ciertos medicamentos utilizados para el tratamiento de condiciones urológicas y brindamos orientación sobre nuevos medicamentos además de supervisar su cumplimiento con las recetas. Keystone Urología solamente tiene licencia en el estado de Pensilvania y solamente hace entregas a los pacientes dentro de los límites del estado. Si un paciente fuera de los límites del estado está recibiendo tratamiento de nuestros médicos y necesita la reposición de una receta, el paciente tendrá que recogerla físicamente.

El Dispensario facturará su receta a su compañía de seguro y obtendrá todas las autorizaciones previas necesarias lo más rápido posible. Solamente reponemos las recetas que están dentro de la red.

SI USTED TIENE UN SEGURO COMERCIAL, le informaremos sobre su copago y sobre cualquier posibilidad de una tarjeta de copago que pudiera estar disponible de una compañía farmacéutica. Usted será responsable por cualquier saldo pendiente no cubierto por el seguro ni por la tarjeta de copago al momento de la entrega.

SI USTED TIENE MEDICARE PARTE D, le informaremos sobre su copago al momento de procesar su factura al seguro.

SI USTED NO PUEDE ASUMIR SU COPAGO, nosotros:

Investigaremos la disponibilidad de asistencia con el copago por una fundación sin fines de lucro para usted;

Le ayudaremos a completar la solicitud ante la fundación sin fines de lucro;

Le notificaremos cuando recibamos la aprobación o denegación para su copago de la fundación.

Usted será responsable por el saldo no pagado por la compañía de seguro y por el copago de la fundación al momento de la entrega de su medicamento.

SI USTED NO TIENE SEGURO, los Técnicos del Dispensario investigarán programas de asistencia al paciente. También le ayudarán con la solicitud, si es necesario. Luego, ellos o bien coordinarán la entrega del medicamento por la compañía farmacéutica, o bien procesarán la información de facturación de la fundación o del recibo de la tarjeta.

Si no hay asistencia disponible para el paciente, usted tiene la opción de pagar el saldo completo adeudado definido por el precio usual y acostumbrado del medicamento, o nuestro personal en el Dispensario alertará a su médico que ordenó la receta sobre la situación para que ellos puedan reevaluar la terapia con el medicamento.

Criterio de Elegibilidad

Para que nuestro Dispensario en Consultorio pueda reponer su receta:

1. Usted debe tener una receta válida para todos los productos con receta.
2. La receta debe ser emitida por un médico de Lancaster Urology.

Horario de Atención

1. De lunes a viernes de 8:00 AM a 5:00 PM.
2. Cerrado el Día de Año Nuevo, Día de Conmemoración de los Caídos, 4 de Julio, Día del Trabajador, Día de Acción de Gracias, Día después de Acción de Gracias, Víspera de Navidad, y Día de Navidad.
3. Nos reservamos el derecho para cerrar en caso de emergencia u otros cierres clínicos.
4. Cuando el Dispensario está cerrado, el sistema telefónico transfiere la llamada a un servicio de respuesta fuera de horario que brinda al paciente instrucciones sobre cómo contactar al médico de guardia, así como también la opción de dejar un mensaje para el próximo día hábil para el personal del Dispensario.
5. Todos los médicos tienen el número de teléfono de contacto y el correo electrónico del Médico de Guardia y del Supervisor del Dispensario en caso de una emergencia.
6. Hay una programación de médicos de guardia para llamadas en el cual los médicos están disponibles para los pacientes 24 horas al día 7 días a la semana. Si el paciente tiene una pregunta relacionada con los servicios del Dispensario que un médico no puede responder, este puede contactar al médico de guardia quien puede responder la pregunta directamente al paciente.

Usted puede obtener información sobre el estatus de las órdenes para medicamentos y los reclamos relacionados contactando al dispensario por teléfono o correo electrónico.

**Información de Contacto**

**Keystone Urología**

**2106 Harrisburg Pike**

**Suite 200**

**Lancaster PA 17604**

**717-393-1771 Ext. 4595**

Correo Electrónico: [shelvyf@keystoneurology.com](mailto:shelvyf@keystoneurology.com)

**DERECHOS DEL PACIENTE - USTED TIENE DERECHO A:**

* Ser informado por completo con anticipación sobre los servicios/atención que serán prestados, inclusive sobre los representantes de la compañía que prestarán la atención/servicios, la frecuencia de las consultas, así como también cualquier modificación al plan de servicios/atención.
* Ser tratado, y que sus bienes sean tratados, con dignidad, cortesía y respeto, reconociendo que cada persona es un individuo único.
* Ser informado tanto oral como por escrito, con anticipación a la prestación de la atención, sobre los cargos, inclusive sobre el pago por la atención/servicios esperados de terceros y cualquier cargo por el cual el paciente será responsable.
* Recibir información sobre el alcance de los servicios que la organización prestará y las limitaciones específicas sobre esos servicios.
* Participar en el desarrollo y la revisión periódica del plan de cuidados.
* Rechazar la atención o el tratamiento después de entender a cabalidad las consecuencias de rechazar la atención o el tratamiento.
* Ser informado sobre los derechos del paciente de conformidad con la ley estatal para formular Instrucciones Anticipadas.
* Ser capaz de identificar a los miembros del personal que le visitan a través de una identificación apropiada (distintivo con el nombre, carteles, etc.).
* Estar libre de malos tratos, negligencia, o abuso verbal, mental, sexual, y físico, inclusive lesiones de fuente desconocida, y apropiación indebida de los bienes del paciente.
* Expresar quejas/reclamos en relación con el tratamiento o la atención, falta de respeto a los bienes, o recomendaciones para cambios en la política, personal, o servicios sin restricciones, interferencias, coerción, discriminación, ni represalias.
* Que los reclamos relacionados con el tratamiento o la atención, o la falta de respeto hacia los bienes sean investigados.
* La confidencialidad y privacidad de toda la información contenida en los registros del paciente y de la información de salud protegida.
* Ser asesorado sobre las políticas de la agencia y los procedimientos relacionados con la revelación de los registros clínicos.
* Elegir al proveedor de atención médica.
* Recibir la atención apropiada sin discriminación de conformidad con las órdenes del médico.
* Ser informado de cualquier beneficio financiero cuando es referido a una organización.
* Ser informado por completo sobre las responsabilidades personales.

**RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:**

* Usted tiene la responsabilidad de:
* Acatar el plan de tratamiento o de servicio establecido por su médico.
* Acatar las políticas y los procedimientos de la compañía.
* Consignar cualquier formulario que sea necesario para participar en el programa, en la medida que la ley lo requiera.
* Completar un formulario de autorización para la revelación HIPAA.
* Firmar un formulario de acuse de recibo de la Notificación de Privacidad HIPAA.
* Participar en el desarrollo de un plan efectivo de cuidados/tratamientos/servicios.
* Proporcionar, a su leal saber y entender, información médica y personal exacta, completa, y actualizada necesaria para planear y prestar la atención/servicios, inclusive lo siguiente:
* Demografía
* Información de Contacto
* Empleador
* Información del Seguro
* Proporcionar cualquier formulario y la documentación que sean necesarios para participar en los programas de administración de pacientes, en la medida que la ley lo requiera.
* Hacer preguntas sobre su atención, tratamiento y/o servicios, o a que le aclaren cualquier instrucción brindada por los representantes de la compañía.
* Comunicar cualquier información, preocupación y/o preguntas relacionadas con los riesgos percibidos en sus servicios, y cualquier cambio inesperado en su condición.
* Estar disponible en el momento de las entregas y permitir que los representantes de Lancaster Urology ingresen a su residencia en horarios razonables para reparar o cambiar equipos o para prestar servicios.
* Notificar a la compañía si usted no va a estar disponible.
* Tratar al personal de la compañía con respeto y dignidad sin discriminación por su color, religión, sexo, nacionalidad u origen étnico.
* Proporcionar un ambiente seguro donde los representantes de Lancaster Urology puedan prestar los servicios.
* Cuidar, almacenar, y utilizar con seguridad los medicamentos, suministros y/o equipos, de conformidad con las instrucciones proporcionadas, para el propósito que fueron recetados y solamente por la persona a quien fueron recetados.
* Comunicar cualquier preocupación sobre su capacidad o la capacidad del cuidador/familiar para seguir las instrucciones o utilizar el equipo proporcionado.
* Proteger los equipos contra incendio, agua, hurtos u otros daños, Usted acepta no transferir ni permitir que su equipo sea utilizado por cualquier otra persona sin el consentimiento previo y por escrito de la compañía y además acuerda no modificar ni tratar de hacer reparaciones de ningún tipo en el equipo. Modificar equipos o tratar de hacer reparaciones en los equipos exonera a la compañía de cualquier obligación relacionada con los equipos y sus usos, y de cualquier resultado negativo para el cliente.
* Salvo donde sea contrario a la ley federal o estatal, usted es responsable de los cargos por alquiler y venta del equipo que su o sus compañías de seguro no paguen. Usted es responsable por la liquidación completa con prontitud de sus cuentas salvo que se hayan aprobado previamente otros arreglos con la administración de la compañía.
* Se debe notificar a la compañía sobre cualquier cambio en su condición física, las recetas del médico o la cobertura de seguro. Notifique a la compañía de inmediato sobre cualquier cambio de dirección o de teléfono bien sea temporal o permanente.
* Usted notificará al Dispensario sobre cualquier preocupación relacionada con la atención o los servicios prestados.
* Estas preocupaciones serán atendidas según lo previsto en la política de resolución de reclamos de la compañía.

**RECLAMOS**

Cada paciente tiene el derecho para interponer reclamos relacionados con su seguridad o su satisfacción. Esta política lista los medios mediante los cuales los pacientes pueden interponer los reclamos. Lancaster Urology investigará y atenderá cada reclamo, queja, o preocupación según lo descrito en esta política.

El paciente tiene derecho a interponer un reclamo o queja verbalmente o por escrito. Pueden informarlos a cualquier empleado, quien luego referirá al paciente al gerente apropiado para manejar los reclamos como se indica a continuación. Gerente del Dispensario - (Nombre/Número de Teléfono).

Médico de Guardia - Paul R. Sieber, MD

[psieber@keystoneurology.com](mailto:psieber@keystoneurology.com)

717-393-1771

Funcionario de Privacidad - Shelvy Frank

[shelyyf@keystoneurology.com](mailto:shelyyf@keystoneurology.com)

717-940-2565 (celular) o 717-723-4579 (oficina)

Después de que el reclamo o queja es recibido, será investigado, documentado, y respondido por la administración:

1. Verbalmente dentro de 5 días.
2. Por escrito dentro de 14 días.

La documentación de la resolución del reclamo incluirá:

1. Información demográfica del paciente.
2. Naturaleza del reclamo.
3. Fecha del reclamo.
4. Fecha de la investigación.
5. Hallazgos de la investigación.
6. Conclusiones.
7. Plan de Acciones Correctivas (si son necesarias).
8. Fecha de contacto con el paciente.