

Nevada Heart & Vascular Center

ACUERDO DE GESTIÓN DE CUIDADOS CRÓNICOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac.: _____ ID. del paciente: _____

No. de teléfono del hogar: _____ No. de teléfono celular: _____

Dirección de email: _____ Dr. de atención primaria: _____

Estimado paciente:

Como un paciente con dos o más condiciones crónicas, usted podría beneficiarse de un programa que **Nevada Heart & Vascular Center (NHVC)** ofrece a todos los pacientes de Medicare. El objetivo de NHVC es asegurarse de que usted reciba la mejor atención médica posible al coordinar su atención médica con otros médicos, centros de laboratorio o radiología y al reducir las visitas a la sala de emergencia y estadias en el hospital. Esto minimizará las visitas a médicos y los gastos médicos generales.

NHVC hablará con usted por teléfono sobre sus síntomas; lo ayudará a manejar sus medicamentos; y le brindará una copia de su plan integral de atención. Medicare permite a NHVC facturar por estos servicios durante cualquier mes en que se brindaron los servicios por lo menos por 20 minutos de atención médica no en persona para usted y sus condiciones, lo cual podría incluir una llamada telefónica donde se revisaron su atención médica y sus condiciones.

Chronic diagnosis: 1) _____ 2) _____ 3) _____ Qualifies: Yes) _____ No) _____

Su clínico asignado para su atención es _____. A veces otro miembro del personal de NHVC hablará con usted o manejará asuntos relacionados con su atención, pero por favor sepa que su clínico asignado supervisará toda la atención médica provista por el personal de NHVC u otros clínicos que podrían estar involucrados en su atención médica.

Usted acuerda con lo siguiente:

Según se necesite, NHVC compartirá su información médica electrónicamente con otros involucrados en su atención. Por favor tenga la seguridad de que NHVC continuará cumpliendo con todas las leyes relacionadas con la privacidad y seguridad de su información médica. NHVC facturará a Medicare por el servicio de Plan de Gestión de Cuidados Crónicos provisto a usted una vez por mes. La tarifa de este servicio permitida por Medicare es \$65.04. Su copago de 20% es \$13.01 por mes. La mayoría de seguros médicos secundarios cubren la tarifa de \$13.01 por mes. Es su responsabilidad verificar con su seguro médico secundario si cubre y paga este servicio. Medicare podría aplicar los \$65.04 a su deducible si usted no ha alcanzado su deducible anual. Cualquier saldo sin pagar por su seguro será su responsabilidad.

NHVC registrará el tiempo que lleva su atención si alguna vez tiene una pregunta sobre qué servicios se brindaron cada mes.

Solo **un** médico puede facturar este servicio para usted cada mes. Por lo tanto, si uno de sus otros médicos le ha brindado los servicios del Plan de Gestión de Cuidados Crónicos, usted tendrá que elegir qué médico puede tratarlo mejor a usted y sus condiciones. Por favor informe a su médico o personal de NHVC si tiene un acuerdo similar con otro médico/consultorio.

Usted tiene derecho a:

Un plan integral de atención de NHVC que lo ayudará a comprender mejor cómo cuidar de sus condiciones para estar lo más saludable posible. Usted puede discontinuar este servicio en cualquier momento, por cualquier motivo. Debido a que su firma es obligatoria para terminar sus servicios del Plan de Gestión de Cuidados Crónicos, por favor pida a un miembro del personal de NHVC el formulario de dada de baja del Plan de Gestión de Cuidados Crónicos.

Nevada Heart & Vascular Center comprende que su tiempo y salud son valiosos y esperamos que usted considerará participar en el programa con Nevada Heart & Vascular Center.

Acuerdo con participar en el Programa de Gestión de Cuidados Crónicos. Sí _____ No _____

Firma del paciente

Fecha

Firma del médico

Fecha