

Formulario de inscripción al Programa Opcional de Reabastecimiento de Insumos para Alimentación enteral

Estimado y valorado paciente:

Con el objetivo de ayudarlo a recibir una terapia enteral efectiva y a mantener su adecuado cumplimiento, Apria Healthcare ("Apria") se complace en ofrecerle la oportunidad de participar en el Programa Opcional de Reabastecimiento de Insumos para Alimentación Enteral. Este programa le ofrece la comodidad de recibir la fórmula y los insumos para la alimentación enteral de forma mensual y continua sin tener que iniciar la orden usted mismo. La fórmula y los insumos se le enviarán directamente de forma mensual, ¡sin gastos adicionales de envío ni de manejo! Tenga en cuenta que los pacientes de Medicaid, Medicare, TRICARE, Medicare administrado y Medicaid administrado no pueden participar en el Programa Opcional de Reabastecimiento de Insumos para Alimentación Enteral de Apria.

Envíenme el reabastecimiento de los insumos para alimentación enteral a los que tengo derecho mensualmente:

Bomba Gravedad Bolo

Se incluirán los siguientes insumos:

- Fórmula
- Gasas
- Jeringas
- Cinta adhesiva
- Bolsas de alimentación
- Juegos de extensión

**Consulte el recuadro para conocer las cantidades de reabastecimiento adjuntas que la mayoría de los planes de seguros permiten. Tenga en cuenta que los insumos en sí que se incluyan en el envío de reabastecimiento estarán determinados por su plan de seguros y pueden ser distintos de los que figuran en la lista de insumos de reabastecimiento que se muestra abajo. También tenga en cuenta que las cantidades de los insumos reabastecidos están sujetas a modificaciones según las órdenes del médico, el problema médico del paciente y el criterio de su compañía aseguradora. Los pacientes que deseen ordenar insumos con más frecuencia u ordenar insumos distintos pueden ponerse en contacto con su oficina local de Apria.*

Tenga en cuenta lo siguiente: su pedido puede llegar en paquetes separados y en días diferentes, ya que partes de este pueden enviarse desde varios almacenes, según la disponibilidad de existencias.

Con mi firma autorizo a Apria a realizarme envíos mensuales de reabastecimiento para alimentación enteral que me corresponde. Entiendo que yo soy responsable de la parte de los costos no cubierta por mi plan de seguros, incluidos los coaseguros y deducibles pertinentes, y que debo comunicarle a Apria todo cambio en mi cobertura de seguros lo más pronto posible. Apria exige el registro de una tarjeta de crédito para el envío regular de insumos. Asimismo, entiendo que este programa opcional no está disponible para pacientes con determinados seguros.

Nombre del paciente _____ Teléfono de contacto diurno _____

N.º de ID del seguro _____ Dirección de correo electrónico _____

Firma del médico/representante _____ Relación con el paciente _____

Fecha _____

Puede cancelar su inscripción al programa opcional en cualquier momento, llamando al (844) 260-1788 en los Estados Unidos continentales o al (800) 454-5672 en Hawái.

Para su comodidad, este formulario también puede llenarse en línea para dar inicio al proceso de reabastecimiento. Visite **Apria.com/enteral**.

Envíe el formulario llenado por fax al Equipo Enteral, al: (844) 281-1311

O por correo postal a:
6050 Sprint Pkwy, 3rd Floor
Overland Park, KS 66211

ENTREGUE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO AL PACIENTE

LISTA DE INSUMOS DE REABASTECIMIENTO	
Descripción	Asignación para reabastecimiento
Fórmula	Según se recetó
Jeringas — alimentación con jeringa	30 al mes
Jeringas — alimentación con gravedad o bomba	4 al mes
Bolsas de alimentación	30 al mes
Gasas	1 caja al mes
Cinta	1 rollo al mes
Juegos de extensión	4 al mes
Sonda de gastrostomía de reemplazo	1 al 3 meses
Sonda de yeyunostomía de reemplazo	1 al mes

APRIA use only	ACIS BU _____	ACIS customer ID _____	Credit card is required for this program
If there is more than one CC on file in ACIS, please specify which one to use _____			
Branch contact name and phone _____			