

Contrato de alquiler de concentrador de oxígeno portátil para viajes

(Los espacios en blanco deben llenarse a mano)

El presente Contrato tiene como objeto el alquiler por parte de Apria Healthcare LLC, (la «Compañía») de un concentrador de oxígeno portátil y equipo relacionado, así como la venta de ciertos suministros relacionados al paciente o al representante autorizado del paciente, quien suscribe.

Equipo alquilado y vendido/El Contrato anula los Términos impresos del Contrato de Alquiler y Servicio de Venta

El equipo vendido y alquilado y los cargos del mismo están identificados en el siguiente Contrato de Alquiler y Servicio de Venta de Apria Healthcare («SSRA», por sus siglas en inglés) No. _____ . Los Términos y Condiciones/Autorizaciones/Consentimientos comprendidos en el presente Contrato sustituirán y anularán cualquier disposición contraria a lo establecido en el SSRA, pero no deberán anular las disposiciones de arbitraje comprendidas en el mismo ni ninguna otra disposición que no sea modificada de forma expresa por el presente contrato.

Fecha de devolución _____ de 20__ Ubicación de la sucursal de devolución _____

Términos y Condiciones/Autorizaciones/Consentimientos

Firmante y paciente responsable del pago. El que suscribe es el paciente o el representante autorizado del paciente y está de acuerdo con los términos y condiciones comprendidos en el anverso y dorso del presente formulario y de la otra documentación proporcionada por Apria, que incluyen pero no se limitan a lo siguiente: (a) reconozco que la Parte Responsable (como se define a continuación) es el principal responsable de pagar los cargos por el equipo y los servicios listados en el presente Contrato; (b) cualquier alquiler cubierto por el presente Contrato pertenece a Apria y se puede cobrar a la Parte Responsable por cualquier daño o pérdida del mismo; (c) he recibido y he inspeccionado completamente el equipo listado en el SSRA y está completo y en buen estado de funcionamiento sin defectos; (d) se me ha instruido sobre el cuidado, uso, servicio, operación segura y mantenimiento adecuado del equipo listado en el presente Contrato según proceda. Los cargos a la tarjeta de crédito son de la siguiente manera:

Tarjeta de crédito: Visa MasterCard Discover No. de tarjeta: _____

Fecha de vencimiento: _____ Cantidad autorizada: _____ Código Autorizado: _____

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha dado la oportunidad para leer ambas páginas del presente contrato antes de que se me pida firmarlo. Mi firma autoriza a Apria Healthcare a procesar uno o más créditos según lo indicado anteriormente o descrito de otro modo en el presente Contrato y expresa mi conformidad con todos los términos y condiciones estipulados en el presente Contrato.

Responsabilidad por el equipo. AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, RECONOZCO QUE SOY RESPONSABLE DE TODOS LOS DAÑOS AL EQUIPO, INCLUSO SI LOS DAÑOS SON CAUSADOS POR OTRA PERSONA O SI LA CAUSA ES DESCONOCIDA. SOY RESPONSABLE POR Y SE LE PODRÁ CARGAR A MI TARJETA DE CRÉDITO EL COSTO TOTAL DE REPARACIÓN O REPOSICIÓN HASTA EL VALOR DE VENTA DE REPOSICIÓN DEL EQUIPO EN CASO QUE SEA DEVUELTO EN CONDICIONES DAÑADAS O SI NO SE DEVUELVE EN LA FECHA DE DEVOLUCIÓN REQUERIDA.

Restricciones geográficas. ESTE EQUIPO ESTÁ LIMITADO A SU USO EN LOS ESTADOS UNIDOS. APRIA HEALTHCARE NO PODRÁ DAR APOYO PARA LA OPERACIÓN DEL EQUIPO FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS O EN ÁREAS DENTRO DE LOS ESTADOS UNIDOS QUE NO CUENTEN CON EL SERVICIO DE APRIA HEALTHCARE. Entiendo que debo consultar con mi sucursal de Apria Healthcare sobre mi itinerario antes de realizar los preparativos finales del viaje.

Viaje aéreo con concentradores de oxígeno portátiles. Puede ser que algunas aerolíneas no acepten concentradores de oxígeno portátiles y/o solo acepten tipos específicos; estos requisitos cambian cada cierto tiempo sin ser comunicados a la Compañía. Comuníquese con su aerolínea para consultar sobre sus reglas de viaje con dispositivos médicos. La Compañía no tiene acuerdos permanentes con ninguna aerolínea en relación con el equipo que estoy recibiendo bajo el presente Contrato; de la misma manera, la Compañía no se hace responsable de asegurar que podré viajar en una aerolínea determinada con este equipo.

Otro equipo puede ser necesario. Los concentradores de oxígeno portátiles no están aprobados para su uso durante toda la noche en todos los casos. Entiendo que debo confirmar con la sucursal de la Compañía en donde recibo el equipo y con mi médico a fin de determinar qué equipo adicional necesitaré cuando llegue a mi destino. La Compañía podrá asistirme en la gestión de equipos adicionales.

Acepto y estoy conforme (firma): _____ Fecha: _____

Nombre en letra imprenta: _____ Número de teléfono: _____

Consentimiento/Autorización. Por el presente autorizo y doy mi consentimiento a la disposición de los productos y/o servicios (el «Equipo») por la compañía designada en el presente Contrato o en el SSRA a mi persona o al paciente por quien soy responsable legalmente y por quien firmo este formulario (el «Paciente»). Asimismo entiendo que el tratamiento médico del paciente se encuentra bajo el control del médico del paciente y que la Compañía no es responsable por cualquier acto u omisión al seguir las instrucciones del médico del paciente. Por el presente autorizo a cualquier persona que tenga información médica, del seguro o de reclamos del paciente a que proporcione a la Compañía cualquier registro o información acerca del tratamiento del paciente, condición e historial médicos, información de su seguro y estado de sus reclamos y acerca de todos los equipos y servicios médicos brindados al paciente. Asimismo autorizo a la Compañía la divulgación de los registros del paciente y cualquier otra información sobre el paciente a (a) cualquier entidad responsable del pago de los costos de atención médica («Terceros Pagadores») a fin de que se utilicen para determinar los beneficios o la elegibilidad del paciente; (b) la Comisión Conjunta y otras entidades encargadas de licencias, supervisión, acreditación y reglamentación y (c) filiales de la Compañía u otros encargados de los procesos de atención médica, facturación, cobranza o verificación. Tengo el derecho de rechazar la divulgación de los registros médicos y personales del paciente que ahora posee la Compañía y al firmar este formulario renuncio a este derecho. Este consentimiento será válido por el periodo necesario para que la entidad que solicite los registros del paciente cumpla con su propósito o hasta que yo revoque el presente consentimiento por escrito. Cualquier revocación del presente consentimiento solo será efectiva en relación al Equipo otorgado después de la fecha en que la Compañía reciba la revocación.

Responsabilidad financiera del paciente/parte responsable. En la medida que sea permitido o requerido por la ley y a menos que de otro modo sea acordado por escrito por la Compañía, el paciente y/o el(los) padre(s), apoderado(s), representante(s) legal(es), heredero(s), cónyuge y/o cualquier otra persona que sea legalmente responsable por el paciente (la «Parte Responsable») son principalmente responsables de asegurar que se pague a la Compañía por el Equipo. La Compañía se reserva el derecho de hacer las correcciones pertinentes de cualquier error en el lado anverso del presente formulario o en el SSRA. Incluso si el pago parcial puede ser efectuado por Terceros Pagadores, la Parte Responsable permanece obligada a copagos, deducibles y cualquier otro monto que no se haya cubierto o pagado por los Terceros Pagadores hasta el máximo permitido por la ley («Monto de Responsabilidad del Paciente»). La Parte Responsable pagará el monto total adeudado a la Compañía. La Parte Responsable notificará a la Compañía de inmediato por escrito sobre cualquier cambio de su residencia o dirección postal.

Facturación y pagos de cuentas. La Parte Responsable está obligada a pagar cualquier Monto de Responsabilidad del Paciente, apenas tenga una fecha de vencimiento; asimismo, el pago de las facturas emitidas a la Parte Responsable por el Monto de Responsabilidad del Paciente debe efectuarse al recibir la factura. Cualquier pago efectuado por la Parte Responsable o aprobación de la Compañía por un monto menor al que se adeuda debe ser tratado como un pago a cuenta. Cualquier endoso o declaración en el cheque o carta adjunta de que dicho monto menor es un pago total no tendrá efecto y la Compañía puede aceptar dicho pago sin perjuicio de cualquier otro derecho o recursos que pueda tener. Si la Parte Responsable no cumple con pagar cualquier monto adeudado, la Compañía puede presentar recursos de acuerdo con la ley o la equidad, que incluyen pero no se limitan a la devolución del Equipo a la Compañía y el inicio de procedimientos legales. La Parte Responsable se hará responsable de todos los honorarios de abogados y costos incurridos por la Compañía.

Responsabilidad del paciente. La responsabilidad de la Parte Responsable para determinados Montos de Responsabilidad del Paciente puede ser limitada por los requisitos legales o contractuales. En dichos casos, la Compañía no facturará de manera intencional a la Parte Responsable por la parte del Monto de Responsabilidad del Paciente que está sujeta a la limitación y que realizará las correcciones pertinentes a la cuenta del paciente por cualquier factura que pueda haber sido enviada por error. La Parte Responsable deberá notificar a la Compañía al número de teléfono indicado en la parte frontal del presente formulario sobre cualquier error en la facturación que la Parte Responsable considere que se haya incurrido, de modo que se puedan realizar las correcciones pertinentes.

La Compañía es y deberá permanecer como el dueño de todos los Equipos de Alquiler. Todos los Equipos de Alquiler son otorgados a modo de alquiler, con pagos de alquiler adeudados de forma periódica. Salvo que se haya estipulado específicamente lo contrario bajo disposiciones vigentes de alquiler con opción a compra en un contrato entre la Compañía y los Terceros Pagadores del paciente o en las leyes o reglamentos vigentes de los programas del gobierno tales como Medicare o Medicaid, el Equipo de Alquiler será en todo momento de propiedad única y exclusiva de la Compañía o de sus filiales; de la misma manera, la Parte Responsable no tendrá derecho ni interés de propiedad en el Equipo de Alquiler, excepto el derecho del paciente a utilizarlo de una manera razonable conforme al uso previsto y de conformidad con las instrucciones recibidas por la Compañía y/o médico del paciente. La Parte Responsable se compromete a no remover ni alterar cualquier identificación de cualquier Equipo de Alquiler o intentar transferir de alguna otra forma ningún Equipo de Alquiler. El Equipo de Alquiler será devuelto a la Compañía en la misma condición en la que fue entregada, con un desgaste razonable esperado.

Devolución tardía. Soy responsable de cualquier Equipo de Alquiler hasta el momento en el que sea recibido en la ubicación de la sucursal de la Compañía, que se indica en el anverso del presente documento. Mi obligación de devolver el mismo no se ve disminuida por el hecho que he enviado el Equipo de Alquiler por medio de UPS u otro servicio de envío de terceros pagado por la Compañía. Si el equipo es devuelto después de la Fecha de Devolución indicada en el anverso del presente documento, entiendo que se me facturará y que se le podrá cargar a mi tarjeta de crédito por un día de alquiler según la Tarifa de Devolución Tardía por cada día que transcurra a partir de la Fecha de Devolución indicada hasta la fecha en que sea devuelto. De no devolverlo dentro de 10 días después de la Fecha de Devolución indicada en el anverso del presente documento, se me podrá facturar y se le podrá cargar a mi tarjeta de crédito por el costo total de reposición del Equipo de Alquiler y una vez que Apria reciba el pago de dicho monto, a partir de entonces me convertiré en el dueño del Equipo de Alquiler por el que pagué.

Cuidado del Equipo. La Parte Responsable debe cuidar el Equipo de Alquiler de manera razonable, no deberá abusar del Equipo de Alquiler y deberá notificar inmediatamente a la Compañía sobre cualquier problema con el Equipo de Alquiler mientras se encuentre bajo la posesión del paciente. La Parte Responsable deberá notificar a la Compañía de forma inmediata y devolver el Equipo de Alquiler en buenas condiciones, en caso de que el paciente deje de utilizarlo o ya no lo necesite. La Parte Responsable seguirá siendo responsable por y se le seguirá facturando por el Equipo de Alquiler hasta que sea devuelto a la Compañía en buenas condiciones. La Compañía realizará el mantenimiento rutinario a todos los Equipos de Alquiler y hará todas las reparaciones necesarias debido al uso ordinario. Mientras se realicen las reparaciones, la Compañía puede proporcionar en su lugar un equipo de reemplazo adecuado.

Responsabilidad por daños y devolución. La Parte Responsable será responsable por (i) cualquier daño al Equipo de Alquiler más allá del desgaste ordinario y razonable, (ii) la pérdida del Equipo de Alquiler cuando se encuentre bajo la posesión de la Parte Responsable y (iii) el pago a la Compañía por cualquier Equipo de Alquiler dañado o perdido.

Garantía/límites de responsabilidad. De presentarse dificultades con el Equipo, comuníquese con la Compañía al número que se proporciona en la parte inferior y la Compañía intentará brindarle asistencia que no sea de emergencia. En caso de una emergencia, llame al 911. El Equipo que sea fabricado por una parte que no sea la Compañía puede incluir una garantía del fabricante. Si existe una garantía de fabricante vigente, la Compañía otorgará una copia disponible a la Parte Responsable bajo solicitud. Solo el fabricante es responsable de actuar bajo esta garantía. LA COMPAÑÍA NO OTORGA GARANTÍA EXPRESA ALGUNA EN RELACIÓN CON EL EQUIPO. ADEMÁS, SEGÚN ESTÉ PERMITIDO POR LA LEY, LA COMPAÑÍA NIEGA POR EL PRESENTE CONTRATO TODAS LAS GARANTÍAS IMPLÍCITAS, INCLUIDAS LAS GARANTÍAS IMPLÍCITAS DE COMERCIABILIDAD Y DE ADECUACIÓN PARA UN PROPÓSITO PARTICULAR. LA PARTE RESPONSABLE RECONOCE RECIBIR EL EQUIPO “TAL CUAL” SIN NINGUNA GARANTÍA, EXPRESA O IMPLÍCITA, POR PARTE DE LA COMPAÑÍA Y ACEPTA ESTAR LIMITADA POR LAS RESTRICCIONES EN ESTE PÁRRAFO SEGÚN ESTÉ PERMITIDO POR LA LEY VIGENTE. La Parte Responsable acepta que la Parte Responsable es la única responsable por todos los daños y responsabilidad que surjan del uso del Equipo excepto los que resulten de la negligencia de la Compañía o de un defecto en el Equipo. LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA, QUE INCLUYE LA NEGLIGENCIA DE LA COMPAÑÍA O POR UN DEFECTO EN EL EQUIPO NO SUPERARÁ EN NINGÚN CASO EL PRECIO DE VENTA O ALQUILER PERMITIDO PARA LA PIEZA INDIVIDUAL DE EQUIPO. LA PARTE RESPONSABLE ACEPTA QUE LOS RECURSOS DISPONIBLES ESTÁN LIMITADOS AL REEMBOLSO DEL MONTO PAGADO O A LA REPARACIÓN O REPOSICIÓN DEL EQUIPO. LA COMPAÑÍA NO SERÁ RESPONSABLE POR CUALQUIER OTRO DAÑO DIRECTO, CASUAL, CONSECUENTE O EJEMPLAR POR CUALQUIER OTRA RAZÓN.

Miscelánea. El presente formulario y otros documentos que la Compañía haya proporcionado a la Parte Responsable constituyen el contrato completo (El «Contrato») entre las partes y sustituye todos los acuerdos y representaciones previos, orales y/o escritos. No se podrá dispensar o modificar ninguna disposición del presente contrato, a no ser que se exprese por escrito y esté firmada por la Compañía.

Certificaciones. Al firmar el presente formulario, certifico que (a) he recibido y se me ha dado la oportunidad para leer una copia de la declaración de derechos del Paciente/Cliente, las Responsabilidades del Paciente y las Normas de Proveedores de Medicare, (b) he recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad de mi compañía de atención médica domiciliaria antes o el mismo día de la entrega del Equipo.

Si tiene preguntas sobre su equipo o sobre el Concentrador de Oxígeno Portátil y el Programa de Oxígeno para Viajes, llame al (844) 235-2738. En caso de una emergencia, marque el 911.