

Como paciente de la farmacia Factor Support Network Pharmacy usted tiene el derecho de ser educado o informado de sus derechos y responsabilidades antes de iniciar servicios farmacéuticos y en cualquier momento durante su tratamiento. Usted tiene el derecho de:

1. El derecho a servicios farmacéuticos sin discriminación de edad, sexo, raza, credo, color, ADN, nacionalidad, religión, y/o incapacidad.
2. El derecho a la filosofía e otra información en cuanto se trate de FSN incluyendo el programa de manejo del paciente y sus servicios, sus empleados y las cualificaciones de los empleados y cualquier relación contractual existente.
3. El derecho a que sus expediente de farmacia se mantenga confidencial y será compartido en acorde a las leyes de HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) e otras leyes estatales y federales. El derecho a saber quién tiene acceso a dicha información y los procedimientos que usa FSN para asegurar su privacidad.
4. El derecho a identificar un miembro del equipo de trabajo en específico y su título. A comunicarse y proveer retroalimentación en relación a sus experiencia con FSN. A pedir un cambio del miembro de equipo asignado a usted y el derecho de comunicarse con un supervisor si así desea.
5. El derecho a recibir la información correcta en cuanto se trata del programa de manejo del paciente y servicios.
6. El derecho a recibir información administrativa en cuanto se trata de algún cambio o cancelación del programa de manejo de pacientes de FSN.
7. El derecho de denegar participación, de revocar su consentimiento a participar o desafiliarse del programa de manejo de pacientes de FSN o sus servicios en cualquier momento.
8. El derecho a que se le provea la información y educación para poder tomar una decisión informada en cuanto se trata de su tratamiento y medicamento.
9. El derecho de ser informado de cambios de costumbre a los servicios de FSN; la medida en que los pagos de ciertos servicios sean cubiertos o no cubiertos por un pagador de tercera parte (ej. Seguranzas, Medicare/Medicaid).
10. El derecho a información sobre el Patient Assistance Program en caso de que no pueda con la carga financiera de sus deducibles y co-pagos.
11. El derecho a comunicar quejas hacia el personal de equipo de FSN en respecto a los servicios que son, o no son, o serán recibidos como se esperaba' ser tratado con falta de respeto, consideración, o dignidad u otros problemas. Este derecho incluye el que se les sea proveído instrucciones sobre cómo utilizar del proceso de quejas de FSN, y como se espera una respuesta por escrito en relación a la investigación y la resolución de la queja. Las quejas pueden ser enviadas a :

12. Factor Support Network Pharmacy

900 Avenida Acaso, Suite A

Camarillo, CA 93012-8749

Ph: 1-877-376-4968 and FAX: 1-805-483-6324

Los pacientes tienen la responsabilidad de:

1. Someter todos los formularios necesarios para participar en el programa, en la medida requerida por la ley.
2. Proveer la información clínica y de contacto exacta que sea necesaria para llevar a cabo sus servicios y poder notificar cambios en esta información a FSN. Esto incluye: cambios en su dirección, teléfono, seguros y proveedores de servicios médicos / tratamiento; y en su estado de salud incluyendo enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos y otra información médica pertinente.
3. Notificar a su médico de su participación en el programa de manejo de pacientes de FSN, si aplica.
4. Asistir a FSN con problemas de facturación de sus servicios y con el proceso de pago del pagador de tercera parte.
5. Informar a FSN de algún problema o insatisfacción con nuestro programa y servicios.