



ACUERDO PARA RECIBIR SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN CRÓNICA DE MEDICARE

A partir del 01 de enero de 2015, Medicare cubre servicios de gestión de la atención crónica proporcionadas por prácticas médicas por mes calendario. Entiendo que mi médico de atención primaria, nombrado a continuación, está dispuesto a proporcionar dichos servicios, incluyendo los siguientes:

- Acceso a la atención de mi equipo de 24-horas al día, 7 días a la semana, incluyendo teléfono y otros medios no presenciales de comunicación (por ejemplo, correo electrónico).
- La capacidad de obtener citas sucesivas, rutina con mi médico de atención primaria designado o miembro de mi equipo de cuidado.
- Gestión de la atención de mis crónicas, incluyendo la programación oportuna de todo recomienda los servicios de atención preventiva, reconciliación de medicamentos y supervisión de mi manejo de medicamentos.
- Creación de un plan integral de atención para todos los problemas de mi salud es específico para mí y congruente con mis valores y opciones
- Gestión de mi cuidado mientras se mueven entre los proveedores de salud y ajustes, incluyendo las siguientes:
 - Remisiones a otros proveedores de atención médica
 - Seguimiento después de visitar un servicio de urgencias
 - Seguimiento después de que estoy dado de alta de un hospital u otro establecimiento (por ejemplo, centro de enfermería especializada)
- Coordinación con el hogar y la comunidad en base a los proveedores de servicios clínicos.

Entiendo que como parte de estos servicios será recibir una copia de mi plan de atención integral.

También entiendo que me puede revocar este contrato en cualquier momento (efectivo al final de un mes) y puede elegir, en cambio, para recibir estos servicios de salud otro profesional después del mes calendario en que revocar este acuerdo. Medicare sólo pagará un médico o profesional sanitario me proporcionar servicios de gestión de la atención crónica dentro de un mes calendario determinado.

Entiendo que estos servicios de gestión de crónicos son sujeto a deducible usual de Medicare y coaseguro aplicado a servicios médicos, excepto en el caso de dificultades.

Quiero indicar por este medio por la firma de este acuerdo que ___ se designa como mi médico de atención primaria para fines de servicios de atención crónica Medicare gestión me y facturación para ellos.

Mi firma también autoriza a mi médico de cabecera para comunicarse electrónicamente mi información médica con otros proveedores de tratamiento como parte de la coordinación de la atención en servicios de gestión de la atención crónica.

Esta designación es efectiva a partir de la fecha abajo y permanece en efecto hasta que revocó por mí.

Nombre del paciente (por favor imprima) ___ Fecha de nacimiento: firma paciente o tutor ___: ___

Date: _____