

Acuerdo de servicio

A cambio del acuerdo de Publix Specialty Pharmacy de (i) proporcionarme mis medicamentos; y (ii) facturar a mi compañía de seguro médico o tercero pagador que está obligado a pagar mis medicamentos, acepto los siguientes términos y condiciones:

1. Autorización para tratamiento médico:

Autorizo a Publix Specialty Pharmacy, bajo la dirección de mi doctor, a proporcionarme mis medicamentos. Mi doctor me ha dado instrucciones sobre mis medicamentos recetados y entiendo las razones por las cuales se consideran necesarios, sus riesgos, ventajas, posibles complicaciones y alternativas. Como en cualquier terapia con medicamentos, entiendo que existen riesgos conocidos y desconocidos. Certifico que no se me ha hecho ninguna garantía o promesa, expresa o implícita, junto con los medicamentos que me han recetado.

2. Liberación de información:

Entiendo que Publix Specialty Pharmacy usará mi información de salud protegida ("PHI") de acuerdo con el Aviso de Prácticas de Privacidad de Publix Specialty Pharmacy que he recibido en una cubierta separada de Publix Specialty Pharmacy. Si no he recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad de Publix Specialty Pharmacy, acepto llamar al **1.855.797.8254** para solicitar una copia de este aviso de Publix Specialty Pharmacy.

3. Asignación de beneficios:

Autorizo a mi seguro médico a pagar Publix Specialty Pharmacy directamente por medicamentos distribuidos y/o materiales proporcionados a mi. Permito a Publix Specialty Pharmacy a usar y/o compartir mi información médica y de seguro para determinar elegibilidad, procesar reclamos y solicitar reembolsos. Entiendo que aún soy responsable por cualquier costo no pagado por mi seguro y de proveer información correcta y actual de mi seguro médico.

4. Responsabilidad financiera:

Entiendo y acepto que soy responsable del pago de todas y cada una de las sumas que puedan ser debidas por los medicamentos que me proporcionó Publix Specialty Pharmacy. El pago puede incluir costos como deducibles, copagos y coseguros. Si no estamos en la red de tu plan, te informaremos cómo esto afecta el costo de tu receta. Si, por cualquier motivo y en cualquier medida, Publix Specialty Pharmacy no recibe el pago de mi seguro o del tercero pagador que está obligado a pagar mis medicamentos, acepto pagar a Publix Specialty Pharmacy directamente por el costo restante dentro de treinta (30) días a partir del recibo de una factura de Publix Specialty Pharmacy, excepto en los casos en que la ley aplicable prohíba dicho pago a Publix Specialty Pharmacy. Si mi seguro y/o pagador que está obligado a pagar mis medicamentos me envía el pago directamente, acepto puntualmente respaldar dicho pago a Publix Specialty Pharmacy y enviarlo directamente a Publix Specialty Pharmacy el día en que recibo el pago.

5. Consentimiento para ser contactado:

Al proporcionar mi información de contacto y firmar a continuación, autorizo a Publix o a sus afiliados a ponerse en contacto conmigo en el número de teléfono móvil y la dirección de correo electrónico proporcionados y a entregar mensajes o llamadas sin cifrar utilizando un marcador automático, una voz artificial o pregrabada, u otros medios, para todos y cada uno de los fines relacionados con los servicios de farmacia de Publix y con mi inscripción y tratamiento, incluidos los relacionados con recordatorios de citas, pagos, seguros, operaciones de atención médica, mejora de la calidad, administración de casos, utilización o para publicidad de alternativas de atención y otros beneficios, productos y servicios que puedan ser de interés. Entiendo que los mensajes no son seguros. Si otros interceptan los mensajes o acceden a mi dispositivo, podrán ver información confidencial de salud. Entiendo que no necesito estar de acuerdo como condición para comprar ningún bien o servicio.

6. Acuerdo completo:

Este acuerdo contiene el acuerdo completo de cada parte. Ninguna otra representación, promesa o acuerdo, oral o de otro tipo, expresado o implícito, no incluido en el presente, tendrá fuerza o efecto. Todas las enmiendas deben ser por escrito y firmadas por ambas partes para que tengan algún efecto. Este acuerdo será vinculante y asegurará para el beneficio de las partes y sus respectivos sucesores, herederos y cesionarios.

He leído, entiendo y acepto todo lo anterior. Se puede usar una fotocopia de este acuerdo como si fuera el original. La divulgación de información y la asignación de beneficios serán efectivas hasta que sea revocada por mí por escrito. Dicha revocación tendrá un efecto prospectivo solamente.



Pharmacy

He leído, entiendo y acepto todo lo anterior. Se puede usar una fotocopia de este acuerdo como si fuera el original. La divulgación de información y la asignación de beneficios serán efectivas hasta que sea revocada por mí por escrito. Dicha revocación tendrá un efecto prospectivo solamente.

Por favor contacte a la farmacia de especialidad al **1.855.797.8254** para informar de un posible problema con el medicamento, lo que incluye, entre otros, medicamentos fraudulentos, errores y reacciones adversas a los medicamentos.

Este aviso está en efecto a partir del 16 de febrero de 2026.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Teléfono móvil

Correo electrónico

Firma del paciente/guardián

Fecha

Firma del asegurado primario

Fecha



Pharmacy