



# AIM PLUS MEDICAL SUPPLIES PACOTE DE BOAS VINDAS PARA NOVOS PACIENTES

**Bem vindo à AIM Plus Medical Supplies! Nós estamos honrados por você ter nos escolhido para servir a você e sua família. Nossa equipe está encantada por conhecê-lo e se tornar uma defensora de suas necessidades médicas.**

**Na AIM Plus Medical Supplies, nosso objetivo é fornecer seus produtos com segurança, eficiência e um ótimo atendimento ao cliente.**

**Neste pacote, você encontrará informações úteis e formulários que necessitarão de sua assinatura. Nós o encorajamos e preenchê-lo e retornar esses itens hoje para garantir uma transição tranquila.**

**Ligue-nos a qualquer momento em 866-919-1246.**

## Conteúdo

O

- \*Carta de Boas Vindas p. 2
- \*Informações Importantes p. 3
- \*Formulário de Autorização com Atribuição de Benefícios e Liberação de Informações (EXIGIDO) p.4
- \*Formulário de Consentimento Para Divulgação de PHI e Recibo da Política de Privacidade (EXIGIDO) p.5
- \*Autorização Para Liberação de Informações e Pedidos (EXIGIDO) p.6
- \*Página de Assinatura (EXIGIDO) p.7
- \*Pesquisa de Percepção de Cuidado/Satisfação (EXIGIDO) p.8
- \*Direitos e Responsabilidades pp. 9-12
- \*Padrões da Fornecedora de Medicare DMEPOS pp.13-14
- \*Procedimento e Resolução de Queixa/Reclamação p.15
- \*Política de Privacidade pp.16-18
- \*Aviso de Práticas de Privacidade pp. 19-21
- \*Responsabilidade Estimada do Paciente p.22
- \*Garantia do Produto e Retorno de Dispositivos Defeituosos p. 23

# CARTA DE BOAS VINDAS



*Nós sabemos que receber pacotes de informação às vezes pode ser exaustivo. Companhias de seguro, leis, regulamentos, e nosso órgão de acreditação nos exigem que providenciemos todas as informações inclusas em nosso pacote. Nós também precisamos receber uma confirmação assinada de que ele foi recebido, lido e compreendido. Nós precisaremos que você leia o recibo e retorne todos os formulários EXIGIDOS antes de podermos enviar seu próximo pedido. Nós o encorajamos a fazer isso hoje!*

*Nossa equipe amigável da AIM Plus Medical Supplies (APMS) está ansiosa para conhecê-lo e garantir que seu processo de pedido seja a tarefa mais fácil de sua lista de afazeres.*

Seja bem vindo à AIM Plus Medical Supplies. Obrigado por nos dar a oportunidade de servi-lo.

Por favor, leia todos os documentos deste pacote. Ele contém todas as informações relacionadas à nossa empresa, pedidos futuros, como entrar em contato conosco para qualquer reclamação ou problema, seus direitos e responsabilidades como paciente, Padrões do Fornecedor, e mais.

**EM ANEXO ESTÃO VÁRIOS FORMULÁRIOS EXIGIDOS QUE PRECISAM SER ASSINADOS E RETORNADOS PARA QUE CONTINUEMOS A ENVIAR SEUS PRODUTOS. ESSES FORMULÁRIOS EXIGIDOS PRECISAM SER RETORNADOS ANTES DO SEU PRÓXIMO PEDIDO SER REALIZADO.**

Um de nossos representantes amigáveis do atendimento ao cliente irá ligar para agendar seu próximo envio, mas nós enviaremos apenas com sua permissão. Se você precisar de produtos antes de ligarmos, por favor, nos ligue gratuitamente em 1-866-919-1246.

Nós ficamos abertos de segunda a sexta, das 8:00 até as 17:00, exceto em feriados e outros eventos. Se você ligar fora de expediente, nosso correio de voz providenciará informações de contato para falar com um funcionário, caso seja necessário.

Nós estamos ansiosos para trabalhar com você e apreciamos muito o seu negócio.

Atenciosamente,

Equipe e Administração da AIM Plus Medical Supplies

# INFORMAÇÕES IMPORTANTES



## **AIM Plus Medical Supplies**

500 Patriot Pkwy, Ste B, Tuscaloosa, AL 35405

Gratuito: 1-866-919-1246

Fax: 866-496-7054

[www.aimplusmedicalsupplies.com](http://www.aimplusmedicalsupplies.com)

Diretora de Operações Gerais: Brandi Lovely

[Brandi@aimplusonline.com](mailto:Brandi@aimplusonline.com)

## Serviços Após o Expediente:

- ♦ Você pode ligar após o expediente e deixar uma mensagem. Um representante do atendimento ao cliente responderá sua mensagem no próximo dia útil durante o expediente. Um número de emergência está listado na secretária eletrônica. Os clientes que estiverem sofrendo um evento potencialmente mortal devem ligar para a emergência.

## **Outros números para você usar caso seja necessário:**

Serviços Governamentais Cigna: 1-866-238-9650

ACHC: 1-919-785-1214

Escritório do Inspetor Geral (OIG): 1-800-447-8477

Escritório do Procurador do Estado: 1-800-392-5658

Transportadora Regional da Medicare: 1-800-Medicare

Linha Direta de Abuso Estatal: 1-800-458-7214

# PREENCHA E RETORNE ESTE DOCUMENTO (EXIGIDO)



## FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO

### ATRIBUIÇÃO DE BENEFÍCIOS E LIBERAÇÃO DE INFORMAÇÕES

A AIM Plus Medical Supplies, LLC realiza a cobrança de Medicare, Medicaid, e outros seguros como serviço. Para concordar com este serviço, leia a declaração seguinte, assine, coloque a data e a devolva.

Eu autorizo que a AIM Plus Medical Supplies, LLC (APMS) cobre diretamente Medicare, Medicaid e outros seguros em meu nome. Além disso, eu autorizo que Medicare, Medicaid e outros seguros paguem benefícios em meu nome diretamente à APMS para itens e serviços providenciados a mim pela APMS. Eu concordo em pagar todas as quantias devidas à APMS não cobertas por Medicare, Medicaid e outros seguros, incluindo co-pagamentos aplicáveis e franquias pelas quais eu sou responsável. Eu concordo em notificar a APMS imediatamente sobre quaisquer mudanças na cobertura de seguros.

Eu autorizo que qualquer portador de informações médicas ou outras sobre mim libere à APMS ou seu agente de cobrança qualquer informação sobre isto e qualquer outra declaração de saúde relacionada. Além disso, eu autorizo que a APMS libere informações médicas ou outras sobre mim para obter pagamento de qualquer indivíduo ou entidade autorizada a receber tais informações.

Eu concordo em permitir que um fax ou outra cópia eletrônica deste formulário sirva como original. Por pedido, uma cópia deste formulário pode ser enviado à Medicare, Medicaid ou outras seguradoras e seus agentes ou cessionários. A APMS manterá o formulário original em arquivo. Eu entendo que esta autorização permanecerá em efeito até revogada por mim por escrito.

Se assinado por outra pessoa além do paciente, eu atesto que possuo a autoridade para assinar em nome do paciente.

Eu também reconheço que li e recebi o Aviso de Práticas Privadas da APMS, minhas Responsabilidades, Resolução de Reclamações, e Política de Devolução.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Nome da pessoa que está completando o formulário: \_\_\_\_\_

Relação do paciente com a pessoa autorizada que está completando este formulário: \_\_\_\_\_

Assinatura {x} \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_



## **Formulário de Consentimento Para Divulgação de PHI e Recibo da Política de Privacidade**

Eu entendo que como condição para receber os serviços, a AIM Plus Medical Supplies, LLC pode utilizar ou divulgar minhas informações de saúde pessoalmente identificadas para serviços, para obter pagamento pelos serviços providenciados, e conforme necessário para as operações deste escritório. Os usos e divulgações são explicados em mais detalhes no Aviso de Privacidade que foi providenciado a mim, e que eu tive a oportunidade de revisar.

Eu entendo que as práticas de privacidade descritas no Aviso de Privacidade podem mudar com o tempo, e que eu tenho o direito de obter qualquer Aviso de Privacidade revisado entrando em contato com um representante da empresa para fazer tal pedido.

Eu também entendo que tenho o direito de pedir à AIM Plus Medical Supplies, LLC para restringir como minhas informações de saúde são utilizadas ou divulgadas.

A AIM Plus Medical Supplies, LLC não precisa concordar com o meu pedido de restrição; mas, se a AIM Plus Medical Supplies, LLC concordar, a AIM Plus Medical Supplies, LLC deve obedecer à restrição conforme concordado. Por fim, eu entendo que tenho o direito de revogar/retirar este consentimento por escrito a qualquer hora. Minha revogação/retirada será efetiva exceto até a extensão em que a AIM Plus Medical Supplies, LLC realizou ações de acordo com o meu consentimento para utilizar ou divulgar minhas informações de saúde. A provisão de serviços futuros pode ser removida se eu retirar meu consentimento.

---

Assinatura

---

Data

# PREENCHA E RETORNE ESTE DOCUMENTO (EXIGIDO)



## AIM PLUS MEDICAL SUPPLIES

### AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAR INFORMAÇÕES E PEDIDOS

Eu, \_\_\_\_\_ (PACIENTE OU PESSOA COMPLETANDO OS FORMULÁRIOS) autorizo que você fale com a(s) seguinte(s) pessoa(s) para realizar um pedido e discutir suprimentos atuais e informações médicas do paciente. Eu também entendo que esta documentação permanecerá em efeito a menos que a AIM PLUS MEDICAL SUPPLIES, LLC seja notificada das mudanças. As mudanças devem ser realizadas pelo cliente/paciente ou pelo cuidador principal do cliente/paciente.

Nome/Relação: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome/Relação: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome/Relação: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**NOME DO PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**DATA DE NASCIMENTO DO PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**CUIDADOR PRINCIPAL/GUARDIÃO/PESSOA COMPLETANDO O FORMULÁRIO:** \_\_\_\_\_

(POR FAVOR, DECLARE SUA RELAÇÃO COM O PACIENTE): \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO DE EMAIL:** \_\_\_\_\_

(ISTO É IMPORTANTE PARA MANTERMOS NO ARQUIVO, NÓS NÃO ENVIAMOS SPAM)

### CONTATOS DE EMERGÊNCIA

Em caso de emergência, por favor, liste abaixo dois contatos de emergência além de si mesmo que nós poderíamos entrar em contato em nome da conta do paciente. Por favor, liste também um **número** e uma **relação** para o contato de emergência.

Nome/Relação: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome/Relação: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO PACIENTE OU DA PESSOA QUE ESTÁ COMPLETANDO OS FORMULÁRIOS:** \_\_\_\_\_

# PREENCHA E RETORNE ESTE DOCUMENTO (EXIGIDO)



## **PÁGINA DE ASSINATURA**

A minha assinatura abaixo indica que eu recebi, li e compreendi as seguintes informações, e eu concordo e irei seguir as informações nos seguintes documentos:

1. Carta de Boas Vindas
2. Informações Importantes
3. Formulário de Autorização com Atribuição dos Benefícios e Liberação de Informações (EXIGIDO)
4. Formulário de Consentimento Para Divulgação do PHI e Recibo da Política de Privacidade (EXIGIDO)
5. Autorização Para Liberar Informações e Pedidos (EXIGIDO)
6. Página de Assinatura (EXIGIDO)
7. Pesquisa de Percepção de Cuidado/Satisfação (EXIGIDO)
8. Direitos e Responsabilidades
9. Padrões da Fornecedora de Medicare DMEPOS
10. Procedimento e Resolução de Queixa/Reclamação
11. Política de Privacidade
12. Aviso de Práticas Privadas
13. Responsabilidade Estimada do Paciente
14. Informações de Garantia do Produto e Devolução de Dispositivos Defeituosos
15. Plano de Preparo Para Emergências e Desastres da Cruz Vermelha

**EU RECEBI E COMPREENDI AS INSTRUÇÕES SOBRE O USO DOS PRODUTOS/ITENS QUE ESTÃO SENDO PROVIDENCIADOS.**

**Eu entendo que se eu tiver mais dúvidas sobre estas informações, eu posso ligar para 1-866-919-1246 para falar com um representante dos clientes.**

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOME DO PAI/GUARDIÃO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_



## Pesquisa de Percepção de Cuidado/Satisfação

Você é nosso estimado cliente, e sua opinião é importante para nós. Completar esta pesquisa nos ajudará a providenciar nossos serviços a você e a outros que utilizam nosso equipamento.

Muito Satisfeito      Pouco Satisfeito      Não Satisfeito      Não Aplicável

1. Os equipamentos/produtos médicos chegaram em bom estado e com uma aparência limpa e nova?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. Seus suprimentos de equipamentos médicos chegam no tempo de entrega agendado?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. O equipamento ou produtos médicos tiveram o desempenho esperado?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. A nossa equipe de atendimento ao cliente o ajudou de modo cortês e ágil?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5. Nossa equipe de atendimento ao cliente resolveu suas preocupações? Se você não teve preocupações, marque Não Aplicável.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Comentários:

---

---

---

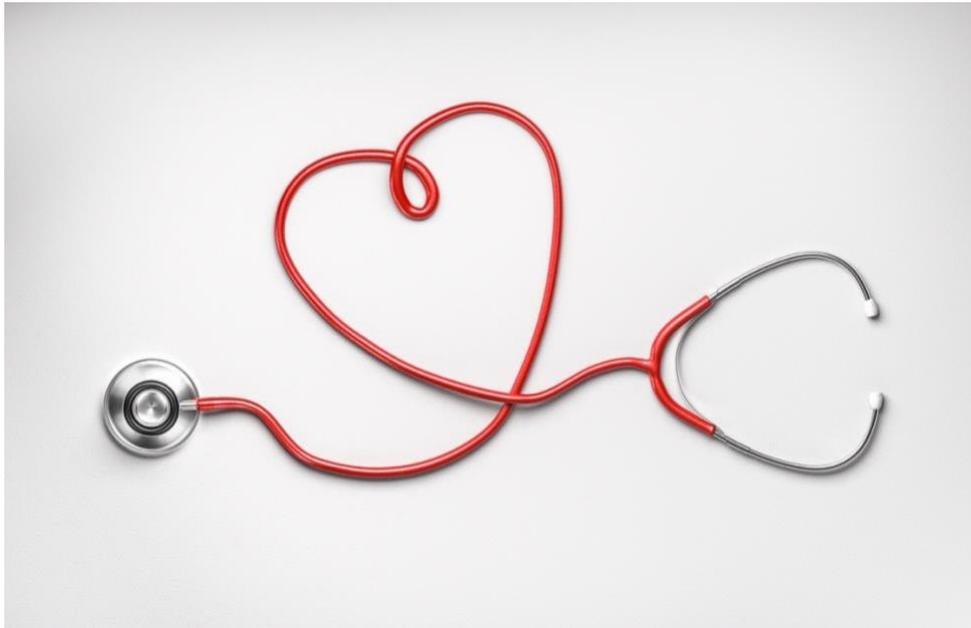
APENAS O NOME DO PACIENTE : \_\_\_\_\_



**Como recipiente do equipamento médico da AIM Plus Medical Supplies, você tem o direito de ser informado dos seguintes Direitos e Responsabilidades.**

**VOCÊ TEM O DIREITO DE:**

1. Ser totalmente informado com antecedência sobre o cuidado/serviço a ser providenciado, incluindo as disciplinas que fornecem cuidado e a frequência das visitas, além de quaisquer modificações no plano de cuidados.
2. Ser informado, com antecedência, do cuidado/serviço a ser providenciado e sua responsabilidade financeira.
3. Receber informações sobre o escopo dos serviços que a organização providenciará e limitações específicas a esses serviços.
4. Participar no desenvolvimento e revisão periódica do plano de cuidados.
5. Recusar cuidado/tratamento após as consequências dessa recusa serem totalmente apresentadas.
6. Ser informado dos direitos de cliente/paciente sob a lei estatal para formular uma Diretriz Avançada, se aplicável.
7. Ter sua propriedade e pessoa tratadas com respeito, consideração e reconhecimento da dignidade e individualidade do cliente/paciente.
8. Ser capaz de identificar os membros das visitas pessoais através de uma identificação apropriada.
9. Ser livre de maus tratos, negligência, ou abuso verbal, mental, sexual e físico, incluindo lesões de fontes desconhecidas e apropriação indébita da propriedade do cliente/paciente.
10. Fornecer queixas/reclamações com relação ao tratamento de cuidado ou falta de respeito com a propriedade, ou recomendar mudanças na política, funcionários, ou cuidado/serviço sem restrições, interferência, coerção, discriminação ou represálias.
11. Realizar queixas/reclamações com relação ao tratamento ou cuidado que está sendo (ou deixando de ser) fornecido, ou uma falta de respeito da propriedade investigada.
12. Confidencialidade e privacidade para todas as informações contidas no registro do cliente/paciente e das Informações de Saúde Protegidas (PHI)
13. Ser aconselhado sobre as políticas e procedimentos da agência com relação à divulgação de relatórios clínicos.
14. Escolher um provedor de saúde, incluindo um médico, se aplicável.



15. Receber cuidados apropriados sem discriminação, de acordo com as ordens do médico, se aplicável.
16. Ser informado de quaisquer benefícios financeiros quando relacionados a uma organização.
17. Ser totalmente informado de suas responsabilidades.
18. Recusar produtos antes do envio.
19. Receber informações, educação e instruções do fabricante com relação à manutenção, uso e reparo dos equipamentos médicos caseiros providenciados, incluindo como obter assistência e reparar o equipamento se o provedor não providenciar mais o serviço.
20. Obter serviços/cuidados de emergência quando medicamente necessários entrando em contato com seu provedor ou ligando para 190.
21. Ter declarações de reembolso de pagadores terceiros desenvolvidos e enviados de uma forma completa e precisa e de acordo com as práticas de cobrança estaduais, federais e de cuidados de saúde privados.
22. Para expressar preocupações ou queixas ao seu serviço de cuidados caseiros ou à autoridade estadual que governa provedores de serviços de cuidado ou recomendar modificações ao seu serviço de cuidado caseiro ou à equipe do provedor sem medo de coerção, discriminação, represálias ou interrupção não justificada do cuidado e dos serviços, o número da linha direta do Medicare é 1-800-633-4227.

# SUAS RESPONSABILIDADES



## SUAS RESPONSABILIDADES SÃO:

1. **RETORNAR TODOS OS FORMULÁRIOS HIPAA E DE ASSINATURA ENVIADOS PARA VOCÊ NO PACOTE DE BOAS VINDAS DO NOVO PACIENTE.**
2. **NOS NOTIFICAR DE MUDANÇAS NO NÚMERO DE TELEFONE OU ENDEREÇO.**
3. **NOS NOTIFICAR DE MUDANÇAS DE SEGURADORA OU MÉDICO.**
4. **ESTAR DISPONÍVEL NA HORA EM QUE AS ENTREGAS SÃO REALIZADAS PARA PERMITIR QUE O REPRESENTANTE OU FUNCIONÁRIO DE ENTREGAS DA AIM PLUS MEDICAL SUPPLIES, LLC ENTREGUE SEUS PRODUTOS/SUPRIMENTOS OU TROQUE O EQUIPAMENTO EM HORÁRIOS ADEQUADOS.**
5. **INFORME-NOS SOBRE ACORDOS DE CUSTÓDIA/MUDANÇA NA TUTELA LEGAL QUE EFETUE O ENDEREÇO PARA O QUAL OS SUPRIMENTOS DEVEM SER ENVIADOS.**
6. **INSPECIONE TODO O CONTEÚDO DA EMBALAGEM E INFORME QUAISQUER DANOS OU ITENS EM FALTA PARA AIM PLUS MÉDICOS NO 866-919-1246 DENTRO DE 3 DIAS APÓS A ENTREGA.**
7. Informar seu provedor sobre o histórico de uso de seu equipamento/produto.
8. Tratar os funcionários da empresa com respeito e dignidade, sem discriminação. Providenciar um ambiente seguro para a equipe fornecer cuidado e serviços.
9. Fornecer ao provedor informações precisas sobre as reclamações atuais, doenças passadas, hospitalizações, e medicamentos e relatar mudanças inesperadas em sua condição ao seu médico e/ou provedor.
10. Analisar os livretos de segurança do provedor e/ou fabricante e participar ativamente da manutenção de um ambiente seguro em sua casa. Faça perguntas sobre seu cuidado, tratamento e/ou serviços, ou esclareça quaisquer instruções providenciadas por representantes da empresa.
11. Peça por informações adicionais sobre qualquer aspecto operacional dos equipamentos entregues que você não entende completamente, Comunique quaisquer preocupações sobre as suas habilidades, de seu provedor de cuidados ou de seus membros da família de seguir as instruções ou utilizar o equipamento providenciado.
12. Use todos os equipamentos com certo cuidado, sem alterações ou modificações, e retorne (se estiver alugando) o equipamento em boas condições (com exceção do desgaste normal)
13. Cuide e use com segurança o equipamento, de acordo com as instruções providenciadas, pelo propósito pelo qual ele foi prescrito e apenas para o paciente para o qual ele foi receitado.

# CONTINUAÇÃO DE SUAS RESPONSABILIDADES.



12. Monitorar a quantidade de itens que fornecemos à sua casa/escola/local de trabalho e pedir com antecedência para garantir que os produtos tenham tempo o suficiente para serem enviados e cheguem antes do momento em que forem necessários.
13. Proteger o equipamento de fogo, água, roubo ou outros danos. Você concorda em não transferir ou permitir que seu equipamento seja usado por outra pessoa sem consentimento anterior por escrito da AIM Plus Medical Supplies, LLC e concorda em não modificar ou tentar fazer reparos de qualquer tipo ao equipamento. Modificar o equipamento ou tentar reparar o equipamento libera a AIM Plus Medical Supplies, LLC de qualquer responsabilidade relacionada ao equipamento e seus usos, e de qualquer resultado negativo no paciente.
14. Relatar imediatamente qualquer defeito, dano ou problemas no equipamento ao provedor de equipamentos médicos caseiros para que o reparo/substituição possa ser realizado.
15. Usar o equipamento para os propósitos indicados e de acordo com a receita do médico.
16. Aderir ao plano de serviço de seu provedor.
17. Permitir que o provedor acesse todos os equipamentos para reparo/substituição, manutenção e/ou coleta.
18. Manter o equipamento em sua posse e controle e no endereço no qual ele foi entregue, a menos que autorizado o contrário pelo provedor.
19. Notificar o provedor sobre qualquer hospitalização ou mudança em seu seguro de saúde, endereço, número de telefone, médico, ou uso receitado e notificar também o provedor quando a necessidade médica para qualquer equipamento médico não existir mais, incluindo quando você for internado em um hospital ou instalação de cuidados. Comunique quaisquer informações, preocupações e/ou dúvidas relacionadas à dor, riscos em seus cuidados, tratamento e/ou serviços, e mudanças inesperadas em sua condição.
20. Requisitar que o pagamento de Medicare, Medicaid, ou outros benefícios de segurança privada autorizados sejam pagos diretamente ao provedor.
21. Aceitar responsabilidade financeira por todos os produtos/equipamentos médicos fornecidos pelo provedor, incluindo qualquer equipamento perdido ou roubado enquanto sob sua posse, ou pelo qual sua companhia de seguro não pagar.
22. Você é responsável por instruir o acordo/pagamento completo de suas contas.
23. Pagar pelo custo de substituição de qualquer equipamento danificado, destruído ou perdido devido a mal uso, abuso ou negligência.
24. Pagar imediatamente pelo aluguel de equipamento e cobranças de vendas pelas quais sua companhia ou companhias de seguro não pagarem.
25. Entender que o título do equipamento alugado e todas as partes devem sempre permanecer com o provedor de serviços e equipamentos médicos caseiros, a menos que o equipamento tenha sido comprado e totalmente pago.



## **PADRÕES DO FORNECEDOR DE MEDICARE DMEPOS**

**Nota: Esta é uma versão abreviada dos padrões do provedor que todo provedor de Medicare DMEPOS precisa atender para obter e manter seus privilégios de cobrança. Esses padrões, em sua versão completa, estão listados no 42 C.F.R.**

### **424.57(c).**

1. O provedor deve estar em conformidade com todas as licenças federais e estaduais e requisitos regulatórios aplicáveis.
2. O provedor deve fornecer informações completas e precisas na aplicação de provedor DMEPOS. Quaisquer alterações a essas informações devem ser relatadas à Câmara de Compensação do Fornecedor Nacional dentro de 30 dias.
3. O provedor precisa ter um indivíduo autorizado (aquele cuja assinatura é vinculativa) para assinar o pedido de privilégios de faturamento.
4. O provedor deve atender aos pedidos de seu próprio estoque ou deve contratar outras empresas para a compra dos itens necessários ao atendimento do pedido. O provedor não pode contratar qualquer entidade que esteja atualmente excluída do programa Medicare, de nenhum programa estadual de saúde ou de qualquer outro programa federal, seja de compras ou não.
5. O provedor deve informar aos beneficiários que eles podem alugar ou comprar equipamentos médicos duráveis baratos ou adquiridos de forma rotineira e sobre a opção de compra de equipamentos com aluguel limitado.
6. O provedor deve notificar os beneficiários da cobertura da garantia e honrar todas as garantias sob a lei estadual aplicável e reparar ou substituir gratuitamente os itens cobertos pelo Medicare que estejam na garantia.
7. O provedor deve manter uma instalação física em um local apropriado e deve manter uma placa visível com o horário de funcionamento afixado. O local deve ser acessível ao público e ter funcionários durante o horário comercial. O local deve ter pelo menos 200 pés quadrados e conter espaço para armazenamento de registros.
8. O provedor deve permitir que a C.M.S. ou seus agentes conduzam inspeções no local para verificar a conformidade do provedor com esses padrões.
9. O provedor deve manter um telefone comercial principal listado sob o nome da empresa em uma lista local ou um número gratuito disponível através da assistência de diretório. É proibido o uso exclusivo de bipe, secretária eletrônica, serviço de atendimento ou telefone celular durante o horário comercial afixado.
10. O provedor precisa ter seguro de responsabilidade abrangente no valor de pelo menos U\$300.000 que cubra o local de negócios do fornecedor e todos os clientes e funcionários do fornecedor. Se o provedor fabrica seus próprios itens, este seguro também deve cobrir a responsabilidade pelo produto e as operações concluídas.
11. O provedor está proibido de fazer solicitações diretas aos beneficiários do Medicare. Para obter detalhes completos sobre esta proibição, consulte 42-CFR 424.57 © (11).
12. O provedor é responsável pela entrega e deve instruir os beneficiários sobre o uso dos itens cobertos pelo Medicare e manter o comprovante de entrega e as instruções do beneficiário.

# CONTINUAÇÃO DOS PADRÕES DO PROVEDOR.



13. O provedor precisa responder perguntas e reclamações de beneficiários e manter documentações dos contatos.
14. O provedor deve manter e substituir, sem custo de reparo, diretamente ou por meio de um contrato de serviço com outra empresa, quaisquer itens cobertos pelo Medicare que tenha alugado aos beneficiários.
15. O provedor deve aceitar devoluções de qualidade inferior (inferior à qualidade total para o item específico) ou inadequados (inadequados para o beneficiário no momento em que foi instalado e alugado ou vendido) dos beneficiários.
16. O provedor deve divulgar esses padrões a cada beneficiário ao qual fornece um item coberto pelo Medicare.
17. O provedor deve divulgar qualquer pessoa que tenha participação acionária, financeira ou de controle no provedor.
18. O provedor não deve transmitir ou reatribuir um número de provedor, ou seja, o provedor não pode vender ou permitir que outra entidade use seu número de faturamento do Medicare.
19. O provedor precisa ter um protocolo de resolução de reclamações estabelecido para tratar de reclamações de beneficiários relacionadas a esses padrões. Um registro dessas reclamações deve ser mantido nas instalações físicas.
20. Os registros de reclamação devem incluir: o nome, endereço, número de telefone e número de solicitação de seguro saúde do beneficiário, um resumo da reclamação e quaisquer medidas tomadas para resolvê-la.
21. O provedor deve concordar em fornecer à C.M.S. qualquer informação exigida pelo estatuto e regulamentos do Medicare.
22. Todos os provedores devem ser credenciados por uma organização de credenciamento aprovada pelo CMS para receber e reter um número de faturamento do provedor. O credenciamento deve indicar os produtos e serviços específicos para os quais o fornecedor está credenciado para que o provedor receba o pagamento por esses produtos e serviços específicos (exceto para determinados produtos farmacêuticos isentos).
23. Todos os provedores devem notificar sua organização credenciadora quando um novo local DMEPOS for aberto.
24. Todos os locais do provedor, sejam próprios ou subcontratados, devem atender aos padrões de qualidade DMEPOS e serem credenciados separadamente para poder cobrar o Medicare.
25. Todos os provedores devem divulgar no ato da inscrição todos os produtos e serviços, incluindo a adição de novas linhas de produtos para as quais estão buscando o credenciamento.
26. O provedor deve atender aos requisitos de seguro garantia especificados em 42 C.F.R. 424.57(d).
27. O provedor deve obter oxigênio de um provedor de oxigênio licenciado pelo estado.
28. O provedor deve manter a documentação de pedido e referência consistente com as provisões encontradas em 42 C.F.R. 424.516 (f).
29. O provedor está proibido de compartilhar um local de prática com outros provedores de Medicare.
30. O provedor deve permanecer aberto ao público por um mínimo de 30 horas por semana, exceto médicos (conforme definido na seção 1848 (j) (3) do A.C.T.) ou fisioterapeuta ocupacional ou um fornecedor de DMEPOS trabalhando com órteses e próteses customizadas.

# PROCEDIMENTO E RESOLUÇÃO DE QUEIXA/RECLAMAÇÃO

Nosso objetivo na AIM Plus Medical Supplies é providenciar um atendimento ao cliente excelente e produtos de alta qualidade para você e sua família. Se um problema surgir, por favor, utilize o procedimento seguinte para entrar em contato.

## **Procedimento de Reclamação:**

- Você tem o direito e a responsabilidade de expressar preocupações, insatisfações ou fazer reclamações sobre os serviços que você recebe ou não, sem medo de represálias, discriminação ou interrupção injustificada dos serviços. **O número de telefone da AIM Plus Medical Supplies, LLC é 1-866-919-1246.** Ao ligar, peça para falar com o Supervisor, Gerente Geral, Coordenador de Melhoria de Desempenho ou C.E.O.
- A AIM Plus Medical Supplies, LLC tem um procedimento formal de reclamação que garante que suas preocupações sejam analisadas e uma investigação seja iniciada em **cinco** dias. Todas as tentativas devem ser feitas para resolver todas as queixas dentro de **quatorze** dias. Você será informado por escrito sobre a resolução da reclamação/queixa.
- Se você sentir necessidade de discutir suas preocupações com alguém que não seja a AIM Plus Medical Supplies, o estado do Alabama fornece uma Linha Direta de Abuso Estadual para você usar. O número é 1-800-458-7214.



## **Resolução de Reclamação**

A AIM Plus Medical Supplies, LLC irá gerenciar as reclamações individualmente. Todas as reclamações serão enviadas diretamente ao Administrador da AIM Plus Medical Supplies, LLC.

**O processo de investigação começará dentro de cinco dias da reclamação/problema.** Dentro de **quatorze** dias após recebermos a reclamação do beneficiário, a AIM Plus Medical Supplies notificará o beneficiário da solução.

### **500 Patriot Pkwy, Ste B**

Tuscaloosa, AL 35405

866-919-1246 (Escritório)

866-496-7054 (Fax)

[www.aimplusmedicalsupplies.com](http://www.aimplusmedicalsupplies.com)

Serviços Governamentais Cigna: 1-866-238-9650 ACHC: 1-919-785-1214 (9-5 EST)

Escritório do Inspetor Geral (OIG): 1-800-447-8477 Escritório do Procurador do Estado: 1-800-392-5658

Transportadora Regional da Medicare: 1-800-Medicare Linha Direta de Abuso Estadual: 1-800-458-7214

# POLÍTICA DE PRIVACIDADE



A seguir descrevemos a maneira pela qual usaremos e divulgaremos suas informações pessoais de saúde. Exceto para os fins listados abaixo, usaremos e divulgaremos suas informações de saúde somente com sua permissão por escrito. Você pode revogar a permissão a qualquer momento, escrevendo para nosso diretor de privacidade. Também não divulgaremos sua PHI para fins de marketing, nem faremos qualquer divulgação que constitua uma venda de sua PHI. Nós divulgaremos informações de saúde quando exigido por lei federal, estadual ou local.

**Serviços:** Nós podemos coletar e compartilhar informações apropriadas sobre você para documentar a necessidade médica do equipamento, suprimentos ou serviços que estamos fornecendo. Os exemplos incluem diagnóstico, prescrição, referência e informações do médico ou do provedor de cuidados de saúde.

**Pagamento:** Nós podemos compartilhar informações apropriadas sobre você para cobrar e coletar o pagamento pelos serviços e produtos de saúde que fornecemos, incluindo seguradoras e terceiros, o que inclui parentes ou outras partes financeiramente responsáveis das quais você nos informou. Os exemplos incluem cobertura de seguro e verificação de elegibilidade. Nós também podemos liberar informações apropriadas sobre você para familiares ou amigos que o estão ajudando com as responsabilidades financeiras incorridas ao receber nossos equipamentos, suprimentos ou serviços.

**Operações de Negócios:** Nós podemos usar e divulgar informações para monitorar e operar nossos negócios. Exemplos incluem pesquisas de satisfação, resultados de cuidados de saúde e relatórios de utilização, órgãos de acreditação, relatórios fornecidos a qualquer autoridade federal, estadual ou local (conforme exigido por lei) ou para lembrá-lo de equipamentos, suprimentos ou serviços necessários..

**Requerimentos Legais:** Nós podemos usar e divulgar informações sobre você para responder a um tribunal ou órgão de autoridade legal que solicite legalmente informações sobre você. Os exemplos incluem fornecer documentos para intimações legais ou procedimentos de descoberta e fazer com que nossa equipe testemunhe sobre os cuidados e serviços que prestamos.

**Compensação do Trabalhador:** Nós podemos liberar informações de saúde para compensação do trabalhador ou programas semelhantes.

**Associados de Negócios:** Nós podemos divulgar informações de saúde para nossos associados comerciais que desempenham funções em nosso nome ou nos fornecem serviços se as informações forem necessárias para tais funções ou serviços. Por exemplo, podemos usar outra empresa para realizar serviços de cobrança em nosso nome. Todos os nossos associados comerciais são obrigados a proteger a privacidade de suas informações e não estão autorizados a usar ou divulgar qualquer informação que não seja a especificada em nosso contrato.

**Saúde Pública:** Nós podemos divulgar suas informações de saúde a autoridades legais ou de saúde pública para prevenir ou controlar doenças, lesões ou deficiências.

**Notificação de Vazamento de Dados:** Você tem o direito de ser notificado sobre um vazamento de sua PHI não assegurada. Nós podemos utilizar ou divulgar sua PHI para providenciar avisos legalmente exigidos de acesso não autorizado ou divulgação de suas informações de saúde.



## **PRIVACIDADE E SEUS DIREITOS**

**Inspecionar e copiar:** Você tem o direito de inspecionar e copiar informações de saúde que possam ser usadas para tomar decisões sobre seus cuidados ou pagar por eles. Isso inclui registros médicos e de cobrança. Para inspecionar e copiar essas informações de saúde, você deve fazer sua solicitação por escrito. Temos até 30 dias para disponibilizar suas informações médicas protegidas e podemos cobrar uma taxa razoável pelos custos de cópia, envio ou outros suprimentos associados à sua solicitação. Podemos não cobrar uma taxa se você precisar das informações para uma solicitação de benefícios nos termos da Lei da Previdência Social ou de qualquer outro programa federal de benefícios com base nas necessidades. Podemos negar sua solicitação em certas circunstâncias limitadas. Se negarmos sua solicitação, você terá o direito de que a negação seja revisada por um profissional de saúde licenciado que não esteja diretamente envolvido na negação de sua solicitação, e nós cumprimos o resultado da análise.

**Cópia Eletrônica de Registros Médicos Eletrônicos:** Se sua PHI for mantida em formato eletrônico (conhecido como registro médico eletrônico ou registro eletrônico de saúde), você tem o direito de solicitar que uma cópia eletrônica de seu registro seja fornecida a você ou transmitida a outro indivíduo ou entidade. Faremos todos os esforços para fornecer acesso à sua PHI na forma ou formato que você solicitar, se for prontamente produzível nesse formato. Se a PHI não puder ser prontamente produzida no formato que você solicitou, seu registro será fornecido em nosso formato eletrônico padrão ou, se você não quiser este formato, em um formulário de cópia impressa legível. Podemos cobrar de você uma taxa razoável baseada no custo pela mão de obra associada à transmissão do prontuário eletrônico.

**Correções:** Se você achar que a AIM Plus Medical Supplies, LLC possui informações incorretas ou incompletas, você pode nos pedir para corrigir as informações. Você tem o direito de pedir uma correção desde que as informações sejam mantidas por ou pelo nosso escritório. Para pedir uma correção, você precisa fazer um pedido por escrito.

**Contabilidade de Divulgações:** Você tem o direito de pedir uma lista de certas divulgações que nós fizemos das informações de saúde para propósitos além dos serviços, pagamento e operações de cuidados com a saúde ou pelas quais você providenciou autorização por escrito. Para pedir uma contabilidade das divulgações, você precisa fazer o seu pedido por escrito.

**Pagamentos do Bolso:** Se você pagou do seu bolso (ou seja, você pediu para nós não cobrarmos seu plano de saúde) totalmente por um item ou serviço específico, você tem o direito de pedir que suas informações de saúde protegidas com relação a este item ou serviço não sejam divulgadas a um plano de saúde para propósitos de pagamento ou operações de cuidados com a saúde, e nós honraremos esse pedido.



**Restrições:** Você tem o direito de solicitar uma restrição ou limitação nas informações de saúde que usamos ou divulgamos para tratamento, pagamento ou opções de cuidados de saúde. Você também tem o direito de solicitar um limite nas informações de saúde que divulgamos a alguém envolvido nos seus cuidados ou no pagamento pelos seus cuidados, como um membro da família ou amigo. Por exemplo, você pode pedir que não compartilhem informações sobre um determinado diagnóstico ou tratamento com seu cônjuge. Para solicitar uma restrição, você deve fazer sua solicitação por escrito a Leigh Ann Poole. Nós não somos obrigados a concordar com sua solicitação, a menos que você esteja nos pedindo para restringir o uso e divulgação de suas informações de saúde protegidas a um plano de saúde para fins de pagamento ou operação de saúde e essas informações que você deseja restringir dizem respeito apenas a um item de saúde ou serviço pelo qual você nos pagou "do próprio bolso" integralmente. Se concordarmos, atenderemos sua solicitação, a menos que as informações sejam necessárias para fornecer a você um tratamento de emergência.

**Comunicações Confidenciais:** Você tem o direito de solicitar que nos comuniquemos com você sobre questões médicas de uma determinada maneira ou em um determinado local. Por exemplo, você pode pedir que entremos em contato apenas por correio ou no trabalho. Para solicitar comunicações confidenciais, você deve fazer sua solicitação por escrito. Sua solicitação deve especificar como ou onde você deseja ser contactado. Nós vamos atender a pedidos razoáveis.

**Cópia Física Deste Aviso:** Você tem o direito de ter uma cópia física deste aviso. Você pode nos pedir para fornecer uma cópia deste aviso a qualquer momento. Mesmo se você tiver concordado em receber este aviso eletronicamente, você ainda tem o direito de uma cópia física deste aviso.

**Reclamações:** Se você acredita que seus direitos de privacidade foram violados, você pode enviar uma reclamação ao nosso escritório ou ao Secretário do Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Todas as reclamações precisam ser feitas por escrito. Você não será penalizado por fazer uma reclamação. As reclamações podem ser enviadas a nós através do endereço abaixo:

**AIM Plus Medical Supplies**  
**500 Patriot Pkwy, Ste B**  
**Tuscaloosa, AL 35405**  
**(866) 919-1246**



## **PRIVACIDADE E SEUS DIREITOS**

### **Propósito**

Este aviso descreve como informações médicas sobre você podem ser usadas e divulgadas e como você pode obter acesso a essas informações.

### **Por favor, leia com cuidado.**

A AIM Plus Medical Supplies, LLC é obrigada por lei a manter a privacidade das Informações de Saúde Protegidas (PHI), a fornecer aos indivíduos avisos de seus deveres legais e práticas de privacidade com relação a PHI e a notificar os indivíduos afetados após uma violação de PHI não assegurada .

A AIM Plus Medical Supplies, LLC acredita que as informações que coletamos sobre você são de natureza muito particular e nos empenhamos em manter essas informações confidenciais. Os registros que criamos para cuidar de você são, por lei, mantidos em sigilo. Também somos obrigados a informá-lo sobre nossas políticas relativas ao uso e armazenamento de suas informações pessoais de saúde.

A AIM Plus Medical Supplies, LLC mantém o direito de atualizar nosso Aviso de Privacidade. Suas informações pessoais de saúde sempre serão mantidas por nossas políticas atuais designadas em nosso Aviso de Privacidade e devemos seguir as práticas de privacidade descritas neste Aviso. A AIM Plus Medical Supplies, LLC reserva o direito de alterar suas práticas de privacidade descritas neste aviso a qualquer momento. Uma cópia atualizada de nosso Aviso de Privacidade é exibida com destaque em 500 Patriot Pkwy, Ste B, Tuscaloosa, AL 35405. Se você tiver quaisquer comentários ou perguntas sobre nosso Aviso de Privacidade, você pode ligar e pedir para falar com o gerente da AIM Plus Medical Supplies no telefone 866-919-1246.



## **PRIVACIDADE E SUAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE**

A maioria de nós acredita que nossas informações de saúde e médicas devam ser protegidas, e nós queremos saber quem possui essas informações. Agora, a lei federal fornece o direito sobre suas informações de saúde e define regras e limites sobre quem pode ver e receber suas informações de saúde.

### **Suas Informações de Saúde São Protegidas Pela Lei Federal**

Quem precisa obedecer a lei?

- A maioria dos médicos, enfermeiras, farmácias, hospitais, clínicas, lares de idosos e muitos outros prestadores de cuidados de saúde.
- Companhias de seguro saúde, HMOs, a maioria dos planos de saúde de grupo de empregadores.
- Certos programas governamentais que pagam por cuidados de saúde, como Medicare e Medicaid.

Quais informações são protegidas?

- Informações que seus médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde colocam em seu prontuário médico
- Conversas que seu médico tem sobre seus cuidados ou tratamento com enfermeiras e outras pessoas
- Informações sobre você no sistema de computador da sua seguradora de saúde
- Informações de faturamento sobre você em sua clínica
- A maioria das outras informações de saúde sobre você mantidas por aqueles que devem obedecer esta lei

## **A Lei Fornece Seus Direitos Sobre Suas Informações de Saúde**

Provedores e seguradoras de saúde que precisam seguir esta lei devem obedecer seu direito de:

- Pedir para ver e obter uma cópia de seus registros de saúde
- Ter correções adicionadas às suas informações de saúde
- Receber um aviso que informa como suas informações de saúde podem ser usadas e compartilhadas
- Decidir se deseja dar sua permissão antes que suas informações de saúde possam ser usadas ou compartilhadas para determinados fins, como marketing
- Obter um relatório sobre quando e por que suas informações de saúde foram compartilhadas para determinados fins
- Se você acredita que seus direitos estão sendo negados ou que suas informações de saúde não estão sendo protegidas, você pode: Registrar uma reclamação junto ao seu provedor ou seguradora de saúde ou registrar uma reclamação junto ao governo dos Estados Unidos

Você precisa conhecer esses direitos importantes que o ajudam a proteger suas informações de saúde. Você pode fazer perguntas ao seu provedor ou seguradora de saúde sobre seus direitos. Você também pode aprender mais sobre seus direitos, incluindo como registrar uma reclamação, no site [www.hhs.gov/ocr/hipaa](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa)

**Para Mais Informações:** Este é um breve resumo de seus direitos e proteções sob a lei federal de privacidade de informações de saúde e seus direitos em uma ficha técnica chamada “Suas Informações de Saúde e Direitos de Privacidade”. Você pode obter isto no site [www.hhs.gov/ocr/hipaa](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa)

**Outros Direitos de Privacidade:** Outra lei que providencia proteções de privacidade adicionais aos pacientes de programas de tratamento de álcool e drogas. Para mais informações, entre no site [www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)

**Publicado por:** Departamento de Saúde dos E.U.A. e Escritório de Serviços Humanos Para Direitos Civis

**A Lei Define Regras e Limites Sobre Quem Pode Ver e Receber Suas Informações:** Para garantir que suas informações sejam protegidas de uma forma que não interfira com seus cuidados de saúde, suas informações podem ser usadas e compartilhadas

- Para o seu tratamento e coordenação de cuidados
- Para pagar médicos e hospitais por seus cuidados de saúde e ajudar a administrar seus negócios
- Com sua família, parentes, amigos ou outras pessoas, você identifica que estão envolvidos com os seus cuidados de saúde ou com as suas contas de cuidados de saúde, se você der permissão.
- Para garantir que os médicos prestem bons cuidados e as casas de saúde sejam limpas e seguras
- Para proteger a saúde pública, como relatar quando a gripe está na sua área
- Fazer os relatórios exigidos à polícia; como relatar ferimentos à bala

Suas informações de saúde não podem ser usadas ou compartilhadas sem sua permissão por escrito, a menos que esta lei o permita. Por exemplo, sem sua autorização, seu provedor geralmente não pode fornecer suas informações ao seu empregador, usar ou compartilhar suas informações para fins de marketing ou publicidade, ou compartilhar notas privadas sobre suas sessões de aconselhamento de saúde mental.

## **A Lei Protege a Privacidade de Suas Informações de Saúde**

Provedores e seguradoras de saúde que necessitam seguir esta lei precisam manter suas informações privadas ensinando às pessoas que trabalham para elas como suas informações podem e não podem ser utilizadas e compartilhadas e realizando passos apropriados e sensatos para manter suas informações de saúde seguras.

# RESPONSABILIDADE ESTIMADA DO CLIENTE



## ATENÇÃO PACIENTES:

Qualquer valor de responsabilidade do paciente fornecido pela AIM Plus Medical Supplies, LLC ou seu representante é apenas uma ESTIMATIVA. Não há garantia de pagamento pela seguradora. É de responsabilidade exclusiva do paciente entrar em contato com a seguradora em caso de dúvidas sobre possíveis obrigações financeiras para o produto. A AIM Plus Medical Supplies, LLC não renuncia aos saldos dos pacientes. O paciente é responsável e concorda em pagar qualquer parcela do valor devido por tal dispositivo não pago pela seguradora, seja decorrente de franquias, copagamentos ou outros.

**ATENÇÃO PACIENTES DA MEDICARE:** Informamos que o Medicare **geralmente pagará 80%** da \*taxa de faturamento para itens cobertos após qualquer franquia do Medicare ter sido atendida. Se você tiver uma **seguradora secundária**, a AIM Plus Medical Supplies, LLC enviará uma solicitação de reembolso de seu **valor de cosseguro de 20%**. Você será responsável por qualquer cosseguro não pago devido em sua declaração.

**ATENÇÃO PACIENTES DA MEDICAID:** Se você possui **Medicaid**, você terá **cobertura de até 100%** para todos os produtos receitados. Observe que pode haver um pequeno copagamento em certos itens, dependendo da cobertura do Medicaid que você possui. Iremos informá-lo de quaisquer itens não abrangidos.

**ATENÇÃO TODOS OS PACIENTES: FIQUEM CIENTES** de que é seu direito escolher qualquer fornecedor, mas vocês **NÃO** podem receber os mesmos itens de mais de uma empresa. Se você escolher o AIM Plus Medical Supplies e também obter os mesmos suprimentos de uma farmácia ou outra empresa, **VOCÊ SERÁ COBRADO POR ESSE VALOR.**

# GARANTIA DO PRODUTO



## **GARANTIA DO PRODUTO PARA DEFEITOS NO MATERIAL OU MÃO DE OBRA**

Qualquer reclamação sobre nossos dispositivos deve ser comunicada ao Atendimento ao Cliente em 1-866-919-1246, SEGUNDA - SEXTA 8:00 - 17:00. O Atendimento ao Cliente da AIM Plus Medical Supplies, LLC fornecerá acesso à assistência técnica para determinar a extensão do problema ou instruir o paciente sobre o uso do dispositivo. Se o dispositivo não funcionar corretamente, um dispositivo de substituição será enviado ao paciente e o dispositivo com defeito será levado de volta para teste e avaliação.

### **Política de Retorno de Equipamento**

Para fazer uma devolução ou troca, ligue para nosso Departamento de Atendimento ao Cliente em 866-919-1246 para obter uma Autorização de Devolução. Se você receber o equipamento como resultado de um erro da AIM Plus Medical Supplies, LLC ou se o produto estiver com defeito, a AIM Plus Medical Supplies, LLC pagará as despesas de envio de retorno e substituirá o equipamento de acordo.

### **Informações de Garantia**

A AIM Plus Medical Supplies, LLC oferece garantia mínima de um (1) ano contra defeitos de fabricação em todos os produtos. Uma vez considerado defeituoso, nos reservamos o direito de reparar ou substituir o produto a nosso critério. Os produtos moles são garantidos por seis (6) meses.



**Obtenha um kit. Faça um plano. Fique informado.**

É importante se preparar para possíveis doenças e outras emergências. Desastres naturais e humanos podem atacar repentinamente, a qualquer hora e em qualquer lugar. Existem três ações que todos podem realizar e que podem ajudar a fazer a diferença. No mínimo, tenha os suprimentos básicos listados abaixo. Mantenha os suprimentos em um kit de preparação para emergências fácil de transportar que você pode usar em casa ou levar com você caso precise evacuar.

- Água – um galão por pessoa, por dia (suprimento de 3 dias para evacuação, suprimento de 2 semanas para casa)
- Comida – itens não perecíveis e fáceis de preparar (suprimento de 3 dias para evacuação, suprimento de 2 semanas para casa)
- Lanterna
- Rádio à bateria ou manivela (Rádio Meteorológico NOAA, se possível)
- Baterias extras
- Kit de primeiros socorros
- Medicamentos (suprimento para 7 dias) e itens médicos
- Ferramenta multi-uso
- Itens de saneamento e higiene pessoal
- Cópias de documentos pessoais (lista de medicamentos e informações médicas pertinentes, prova de endereço, escritura da casa, passaportes, certidões de nascimento, e políticas de seguro)
- Celular com carregadores
- Informações de contato de emergência e da família
- Dinheiro extra
- Cobertor de emergência
- Mapa da área

**Considere as necessidades de todos os membros da família e adicione suprimentos ao kit. Itens sugeridos para ajudar a atender suas necessidades adicionais:**

- Suprimentos médicos (aparelhos auditivos com baterias extras, óculos, lentes de contato, seringas, bengala)
- Suprimentos para bebês (mamadeira, formula, comida de bebê, fraldas)
- Jogos e atividades para crianças
- Suprimentos para animais de estimação (coleira, identidade, comida, caixa de transporte, tigela)
- Walkie-talkies
- Conjunto extra de chaves do carro e da casa
- Abridor de latas manual



Suprimentos adicionais para manter em casa ou em seu kit de acordo com os tipos de desastres comuns em sua área:

- Apito
- Máscaras N95 ou cirúrgicas
- Fósforos
- Equipamento para chuva
- Toalhas
- Luvas de trabalho
- Ferramentas/Suprimentos para proteger sua casa
- Roupas extras, chapéus, sapatos resistentes
- Lençóis de plástico
- Fita adesiva
- Tesouras
- Alvejante líquido
- Itens para entretenimento
- Cobertores ou sacos de dormir



## Faça um Plano

- Reúna-se com sua família ou membros da casa
- Discuta como se preparar e responder a emergências que têm maior probabilidade de acontecer onde você mora, estuda, trabalha e se diverte
- Identifique responsabilidades para cada membro de sua família e planejem trabalhar juntos como uma equipe
- Se um membro da família for militar, planeje como você reagiria se ele fosse alistado

## Planeje o que fazer caso vocês fiquem separados durante uma emergência

- Escolha dois lugares para se encontrarem:
  - Bem do lado de fora de sua casa no caso de uma emergência repentina, como um incêndio
  - Fora de sua vizinhança, caso você não possa voltar para casa ou precise evacuar
- Escolha uma pessoa de contato de emergência fora da área. Pode ser mais fácil enviar uma mensagem de texto ou ligar de longa distância se as linhas telefônicas locais estiverem sobrecarregadas ou fora de serviço. Todos devem ter informações de contato de emergência por escrito ou salvas em seus celulares.

## Planeje o que fazer se você tiver que evacuar

- Decida para onde você iria e que rota faria para chegar lá. Você pode escolher ir para um hotel/motel, ficar com amigos ou parentes em um local seguro ou ir para um abrigo de evacuação, se necessário.
- Pratique evacuar sua casa duas vezes por ano. Dirija sua rota de evacuação planejada e trace rotas alternativas em seu mapa, caso as estradas estejam intransitáveis.
- Planeje com antecedência para seus animais de estimação. Mantenha uma lista de telefones de hotéis/motéis que aceitam animais de estimação e abrigos de animais ao longo da sua rota de evacuação.



## Informe-se

Saiba quais desastres ou emergências podem ocorrer em sua área. Esses eventos podem variar desde aqueles que afetam apenas você e sua família, como um incêndio em uma casa ou emergência médica, até aqueles que afetam toda a sua comunidade, como um terremoto ou enchente.

- Identifique como as autoridades locais irão notificá-lo durante um desastre e como você obterá informações, seja por meio da rádio local, TV, estações ou canais de rádio meteorológicos NOAA.
- Saiba a diferença entre alertas meteorológicos, como vigias e avisos, e quais ações tomar em cada um.
- Saiba quais ações tomar para se proteger durante desastres que podem ocorrer em áreas para onde você viajou ou mudou-se recentemente. Por exemplo, se você viajar para um lugar onde terremotos são comuns e não está familiarizado com eles, certifique-se de saber o que fazer para se proteger, caso um ocorra.
- Quando ocorre um grande desastre, sua comunidade pode mudar em um instante. Os entes queridos podem ser feridos e a resposta de emergência provavelmente será atrasada. Certifique-se de que pelo menos um membro de sua residência seja treinado em primeiros socorros e RCP e saiba como usar um desfibrilador externo automático (DEA). Este treinamento é útil em muitas situações de emergência.
- Compartilhe o que você aprendeu com sua família, lar e vizinhos e incentive-os a se manterem informados.

**Cartões de Contato de Emergência Para Todos os Membros de Sua Casa**

Obtenha seus cartões online em: <http://www.redcross.org/prepare/ECCard.pdf>

- Imprima um cartão para cada membro da família
- Escreva informações de contato para cada membro da casa, como trabalho, escola e celulares
- Dobre o cartão para que ele caiba em seu bolso, carteira ou bolsa
- Carregue o cartão com você para que ele fique disponível no caso de um desastre ou outra emergência

**[Para mais informações sobre preparo para desastres, visite RedCross.org](http://www.redcross.org)**