

Medtronic
Structural Heart and Aortic
3576 Unocal Place
Santa Rosa, CA 95403

SYNTACTX

**Sistema de endoprótesis torácica Valiant Navion™
GARANTÍA LIMITADA SAFE-N**

Autorización limitada para divulgar información médica

Para la garantía limitada SAFE-N: Programa de asistencia para pacientes y médicos

Tenga en cuenta que, según las reglamentaciones federales, una aseguradora o proveedor de atención médica puede usar o divulgar información médica protegida para su propio tratamiento, pago u operaciones de atención médica. 45 CFR 164.506(c). Para facilitar el reembolso rápido y eficiente de los gastos bajo el programa de garantía limitada SAFE-N, incluido cualquier reembolso por gastos elegibles pagados por usted, el paciente, complete y firme el formulario y envíelo a Syntactx. Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario de verificación, comuníquese con Medtronic a través de Syntactx en la línea de ayuda para el reembolso de SAFE-N de EE. UU.: 1-833-256-2308 o por correo electrónico a: SAFE-N-Reimburse@syntactx.com.

Información del paciente

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos cuatro dígitos del número de seguro social: _____

Profesional médico

Nombre(s) del proveedor (enumere todas las entidades que puedan tener información o documentos relacionados con su tratamiento para la enfermedad de la aorta torácica):

Yo, _____, soy el paciente identificado anteriormente al que se le ha implantado el sistema de endoprótesis torácica Valiant Navion™ y cumplo con los requisitos para participar en el Programa de garantía limitada SAFE-N ("Programa"). Para los fines de la participación en este Programa, autorizo a mi(s) proveedor(es) de atención médica a divulgar y proporcionar los documentos y la información identificados a continuación a Syntactx LLC, Medtronic PLC o a sus agentes debidamente asignados, sin perjuicio de cualquier otra protección aplicable en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") u otra disposición legal:

- Todos los registros médicos, incluidas las imágenes del paciente y sus respectivas interpretaciones, los resultados de las pruebas o de laboratorio, las notas del consultorio y del médico, las recomendaciones, los planes y los informes operativos y los registros recibidos por o de otros médicos relacionados con mi atención y tratamiento para la enfermedad de la aorta torácica, incluidos la implantación, el uso, la vigilancia y cualquier reparación o reintervención relacionada con el sistema de endoprótesis torácica Valiant Navion™.

- Todos los registros de farmacia/recetas, incluidos los folletos/monografías de información sobre medicamentos relacionados con mi atención y tratamiento para la enfermedad de la aorta torácica.
- Todos los registros de facturación, incluidos todos los extractos, facturas detalladas y registros de seguros relacionados con mi atención y tratamiento para la enfermedad de la aorta torácica.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Cualquier revocación debe ser presentada por escrito a Syntactx. Esta Autorización también vencerá un año después de mi fecha de fallecimiento, a menos que decida revocar esta autorización en una fecha anterior. Entiendo que cualquier revocación afectará solo las divulgaciones futuras, no las divulgaciones realizadas antes de que Syntactx reciba mi revocación por escrito.

Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción, elegibilidad para recibir beneficios o recepción de servicios de Syntactx no están condicionados por mi firma en esta autorización. Entiendo que cualquier información divulgada como parte de esta autorización puede divulgarse más y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales, incluida la HIPAA. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se usará o divulgará según lo dispuesto en CFR 164.524. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con Syntactx con la información de contacto proporcionada anteriormente.

Entiendo que este Programa es voluntario y no pretende ser una admisión de culpa o responsabilidad de ningún tipo por los patrocinadores del programa ni una renuncia por parte de las personas que participan en el Programa. Certifico que las declaraciones y la información contenidas o proporcionadas en este documento son verdaderas, precisas y completas. Por medio de mi firma, reconozco que he leído y acepto todo lo anterior.

No se requiere una firma notariada. CFR 164.508. Se puede usar una copia de esta autorización en lugar del original.

Nombre en letra de imprenta: _____ (paciente/representante)

Fecha: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Pueden aplicarse limitaciones adicionales. Los reembolsos y créditos están sujetos a revisión y aprobación. La garantía limitada SAFE-N se limita a sus términos expresos y no constituye una representación, juicio, admisión o asunción de responsabilidad por parte de Medtronic con respecto a la obtención de imágenes, la reintervención o los sistemas de endoprótesis torácica utilizados. Ninguna acción realizada por Medtronic en relación con el retiro comercial voluntario del producto, incluida esta garantía limitada SAFE-N, se interpretará como una admisión de culpa o responsabilidad alguna al paciente, médico, profesional de la salud o cualquier tercero. Medtronic no se hace responsable de ningún impacto potencial de los reembolsos en la elegibilidad de un paciente para participar en una cuenta de ahorros para la salud u otro plan de salud con ventajas fiscales; consulte con un asesor fiscal según sea necesario. Todos los derechos reservados.