



Let H-E-B eliminate  
the paperwork of  
**MEDICARE B**  
by filing your claims  
electronically for you.

**Covered Items** for  
**Medicare Part B** include:

- **Blood Glucose** Meters and Test Strips
- **Control** Solution
- **Nebulizer** Medications
- **Oral Anti-Cancer** Drugs
- **Lancing Devices** and Lancets
- **Immunosuppressive** Transplant Drugs
- **Oral Anti-Emetic** Drugs

\*Applicable deductible and co-pays apply

**Bring your prescription  
to us today.**

**H-E-B**  
**PhaRmacy**

## MEDICARE DMEPOS SUPPLIER STANDARDS

**Note: This is an abbreviated version of the supplier standards every Medicare DMEPOS supplier must meet in order to obtain and retain their billing privileges. These standards, in their entirety, are listed in 42 C.F.R. 424.57(c).**

1. A supplier must be in compliance with all applicable Federal and State licensure and regulatory requirements and cannot contract with an individual or entity to provide licensed services.
2. A supplier must provide complete and accurate information on the DMEPOS supplier application. Any changes to this information must be reported to the National Supplier Clearinghouse within 30 days.
3. An authorized individual (one whose signature is binding) must sign the application for billing privileges.
4. A supplier must fill orders from its own inventory, or must contract with other companies for the purchase of items necessary to fill the order. A supplier may not contract with any entity that is currently excluded from the Medicare program, any State health care programs, or from any other Federal procurement or non-procurement programs.
5. A supplier must advise beneficiaries that they may rent or purchase inexpensive or routinely purchased durable medical equipment, and of the purchase option for capped rental equipment.
6. A supplier must notify beneficiaries of warranty coverage and honor all warranties under applicable State law, and repair or replace free of charge Medicare covered items that are under warranty.
7. A supplier must maintain a physical facility on an appropriate site. This standard requires that the location is accessible to the public and staffed during posted hours of business, with visible signage. The location must be at least 200 square feet and contain space for storing records.
8. A supplier must permit CMS, or its agents to conduct on-site inspections to ascertain the supplier's compliance with these standards.
9. A supplier must maintain a primary business telephone listed under the name of the business in a local directory or a toll free number available through directory assistance. The exclusive use of a beeper, answering machine, answering service or cell phone during posted business hours is prohibited.
10. A supplier must have comprehensive liability insurance in the amount of at least \$300,000 that covers both the supplier's place of business and all customers and employees of the supplier. If the supplier manufactures its own items, this insurance must also cover product liability and completed operations.
11. A supplier must agree not to initiate telephone contact with beneficiaries, with a few exceptions allowed. This standard prohibits suppliers from contacting a Medicare beneficiary based on a physician's oral order unless an exception applies.
12. A supplier is responsible for delivery and must instruct beneficiaries on use of Medicare covered items, and maintain proof of delivery.
13. A supplier must answer questions and respond to complaints of beneficiaries, and maintain documentation of such contacts.
14. A supplier must maintain and replace at no charge or repair directly, or through a service contract with another company, Medicare-covered items it has rented to beneficiaries.
15. A supplier must accept returns of substandard (less than full quality for the particular item) or unsuitable items (inappropriate for the beneficiary at the time it was fitted and rented or sold) from beneficiaries.
16. A supplier must disclose these supplier standards to each beneficiary to whom it supplies a Medicare-covered item.
17. A supplier must disclose to the government any person having ownership, financial, or control interest in the supplier.
18. A supplier must not convey or reassign a supplier number; i.e., the supplier may not sell or allow another entity to use its Medicare billing number.
19. A supplier must have a complaint resolution protocol established to address beneficiary complaints that relate to these standards. A record of these complaints must be maintained at the physical facility.
20. Complaint records must include: the name, address, telephone number and health insurance claim number of the beneficiary, a summary of the complaint, and any actions taken to resolve it.
21. A supplier must agree to furnish CMS any information required by the Medicare statute and implementing regulations.
22. All suppliers must be accredited by a CMS-approved accreditation organization in order to receive and retain a supplier billing number. The accreditation must indicate the specific products and services, for which the supplier is accredited in order for the supplier to receive payment of those specific products and services (except for certain exempt pharmaceuticals).  
*Implementation Date - October 1, 2009*
23. All suppliers must notify their accreditation organization when a new DMEPOS location is opened.
24. All supplier locations, whether owned or subcontracted, must meet the DMEPOS quality standards and be separately accredited in order to bill Medicare.
25. All suppliers must disclose upon enrollment all products and services, including the addition of new product lines for which they are seeking accreditation.
26. Must meet the surety bond requirements specified in 42 C.F.R. 424.57(c). *Implementation date- May 4, 2009*
27. A supplier must obtain oxygen from a state- licensed oxygen supplier.
28. A supplier must maintain ordering and referring documentation consistent with provisions found in 42 C.F.R. 424.516(f).
29. DMEPOS suppliers are prohibited from sharing a practice location with certain other Medicare providers and suppliers.
30. DMEPOS suppliers must remain open to the public for a minimum of 30 hours per week with certain exceptions.

# Bill of Patient Rights and Responsibilities

H-E-B Pharmacy supports the Patient Bill of Rights

## Rights as the patient/caregiver

*You have the right to:*

- Be notified in writing of your rights before treatment has begun
- Be treated with dignity and respect
- Confidentiality of patient records and information regarding patient's care
- Be provided equipment and service in a timely manner
- Receive an itemized explanation of charges
- Express grievance without fear of reprisal or discrimination
- Be informed of potential reimbursement for services under Medicare, Medicaid or other third party insurers based on the patient's condition and insurance eligibility (to the best of H-E-B Pharmacy's knowledge)
- Be notified of financial responsibility for products or services not fully reimbursed by Medicare, Medicaid or other third party insurers (to the best of H-E-B's Pharmacy's knowledge)
- Receive essential information in a language or method of communication that you understand
- Have your cultural, spiritual and personal values, beliefs and preferences respected

## Responsibilities

*As the patient/caregiver, you are RESPONSIBLE for:*

- Notifying the pharmacy of change of address, phone number or insurance status
- Notifying the pharmacy of any change in condition, physician orders or physician
- Meeting the financial obligations of your health care as set forth by Medicare or your insurance
- Providing accurate and complete information about present complaints, past illnesses,

hospitalizations, medications and other matters pertinent to your health

- Your actions if you do not follow the plan of care/treatment

## Our Rights

*H-E-B Pharmacy has the right to:*

- Terminate services to anyone who knowingly furnishes incorrect information to secure medication or equipment
- Refuse services to anyone who enters our pharmacy and is threatening, intoxicated by alcohol, drugs, and/or chemical substances and could potentially endanger our staff and patients.

## Emergency Preparedness

H-E-B Pharmacy has a comprehensive emergency preparedness plan in case a disaster occurs. Our primary goal is to continue service to your health care needs. If a disaster occurs, follow instructions from the civil authorities in your area. H-E-B pharmacy will use every resource available to continue service to you during emergency situations.

## Patient Information

*Complaint Procedure*

You have the right and responsibility to express concerns, dissatisfaction, or make complaints about services you do or do not receive without fear of reprisal, discrimination or unreasonable interruption of services. H-E-B has a formal grievance policy that ensures your concerns will be reviewed and an investigation started within 24 hours.

The telephone number is 800-432-3113. You can submit comments online via our website [www.heb.com](http://www.heb.com).

You may also write us at:

**H-E-B**

**Attention: Customer Relations Department**

**P.O. Box 839999**

**San Antonio, TX 78283-3999**



# Medicare Part B Authorization & Acknowledgement Form

## Statement to Permit Assignment of Medicare Benefits

I understand that I am giving **H-E-B Pharmacy** permission to ask for Medicare payments for my medical care, including supplies and equipment.

I understand that Medicare needs information about me and my medical condition to make a decision about these payments. I give permission for that information to go to Medicare and the companies that handle Medicare payment requests.

I understand that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is the Government's Medicare agency.

I understand that a photocopy of this release is as valid as the original document. Furthermore, I understand that I am responsible for paying any deductible or co-insurance amounts.

Therefore, I ask that payment of authorized Medicare benefits be made to either me or on my behalf to **H-E-B Pharmacy** for any services or items furnished to me by **H-E-B Pharmacy**. I authorize any holder of medical or other information about me to release such information to the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) and its agents as needed to determine these benefits or benefits for related services.

**Name:** \_\_\_\_\_ **HICN:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
(Beneficiary's Signature)

## Patient Acknowledgements

I have received written notice of my rights and responsibilities as a Patient/Caregiver.

I have received written instructions for filing a complaint or grievance.

I have received a copy of the Medicare Supplier Standards.

I have received contact information for H-E-B Pharmacy.

**Signed:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
(Beneficiary's Signature)

Policy Name : \_\_\_\_\_ Policy Number : \_\_\_\_\_

I understand that I am giving **H-E-B Pharmacy** permission to ask for Medigap payments for my medical care.

I understand that the above named Medigap Insurer needs information about me and my medical condition to make

a decision about these payments. I give permission for that information to go to the above named insurer.

I ask that payment of authorized Medigap benefits be made either to me or on my behalf to **H-E-B Pharmacy**, for any services or items furnished to me by **H-E-B Pharmacy**. I authorize any holder of medical information about me to release such information to the above named Medigap Insurer as needed to determine these benefits or the benefits payable for related services.

**Signature:** \_\_\_\_\_  
(Beneficiary's Signature)

**Date:** \_\_\_\_\_





Deje que H-E-B elimine la molestia y el papeleo de **MEDICARE B** llenando sus reclamos electrónicamente por usted.

Los artículos cubiertos por Medicare Parte B incluyen:

- **Glucómetros** de sangre y tiras de prueba
- **Solución** de control
- **Medicamentos** nebulizadores
- **Medicamentos** orales anti-cáncer
- **Dispositivos** de punción y lancetas
- **Medicamentos** inmunosupresivos de transplante
- **Medicamentos** orales anti-eméticos

\*Deducible aplicable y copagos aplican

Tráiganos hoy su **prescripción médica.**

**FaRx** **farmacia**  
H-E-B

## MEDICARE DMEPOS ESTANDARES PARA SUPLIDORES

Nota: Esta lista es una versión abreviada de los estándares todo proveedor de Medicare DMEPOS debe reunir para obtener y retener sus privilegios para facturación. La lista completa de éstos estándares, está en 42 C.F.R. pt. 424, sec 424.57(c).

1. El proveedor deberá cumplir con toda licencia aplicable del Gobierno Federal y Estatal y con todo requerimiento regulatorio, y no podrá contratar a un individuo o entidad para proveer esos servicios que requieran licencia.
2. El proveedor deberá proveer información completa y actualizada en la solicitud para proveedor de DMEPOS. Cualquier cambio de ésta información deberá ser reportada al National Supplier Clearinghouse en 30 días.
3. Una persona autorizada (alguien cuya firma ate a la compañía) deberá firmar la solicitud para obtener privilegios de facturación.
4. El proveedor dispensará las recetas/órdenes de su propio inventario o deberá tener un contrato con otras compañías para la compra de los artículos necesarios para dispensar las recetas/órdenes. El proveedor no podrá tener contratos con ninguna entidad que esté excluida del programa de Medicare, cualquier programa de salud Estatal, o de los programas Federales de procuramiento y no procuramiento.
5. El proveedor deberá informar a los beneficiarios de que pueden alquilar o comprar equipo médico durable económico o rutinariamente comprado, y de la opción de compra de los equipos alquilados una vez que lleguen a su término de alquiler.
6. El proveedor deberá notificar a los beneficiarios de la cobertura de las garantías y honrar toda garantía aplicable bajo la ley Estatal y reparar o reemplazar sin costo alguno, todo artículo cubierto por Medicare.
7. El proveedor deberá mantener un local físico en un lugar apropiado. Este estándar requiere que el local sea accesible al público y esté atendido durante las horas de operación. El local deberá medir por lo menos 200 pies cúbicos y tener espacio para guardar los expedientes médicos.
8. El proveedor deberá permitirle a CMS, o a sus agentes, que conduzcan inspecciones, para asegurar que el proveedor esté en cumplimiento con éstos estándares. El local del proveedor deberá ser accesible a los beneficiarios durante horas de negocios razonables y deberá mantener un letrero visible incluyendo las horas de operación.
9. El proveedor debe mantener una línea de teléfono para el negocio la cual esté registrada bajo el nombre del negocio en el directorio local, o un número sin costo, disponible a través de la operadora. El uso exclusivo de un beeper, de una grabadora, de un servicio de contestadora o de un teléfono celular durante las horas de operación, está prohibido.
10. El proveedor debe tener seguro comprensivo de riesgo y responsabilidad por una cantidad de por lo menos \$300,000 que cubra los daños, el negocio y los clientes y empleados del proveedor. Si el proveedor manufactura sus propios artículos, éste seguro debe también cubrir riesgo y responsabilidad del producto y la operación en su totalidad.
11. El proveedor debe estar de acuerdo en no iniciar contacto telefónico con beneficiarios, con algunas excepciones. Este estándar les prohíbe a los proveedores contactar a los beneficiarios de Medicare basados en alguna receta médica verbal a menos de que le aplique alguna excepción.
12. El proveedor es responsable de entregar y explicar a los beneficiarios cómo usar todo artículo cubierto por Medicare, y mantener prueba de entrega.
13. El proveedor debe contestar preguntas y responder a toda queja que los beneficiarios tengan, y mantener documentación de dichos contactos.
14. El proveedor debe dar mantenimiento y reemplazar sin costo alguno o reparar directamente, o a través de un contrato de servicio con otra compañía, artículos cubiertos por Medicare que el proveedor haya alquilado a los beneficiarios.
15. El proveedor debe aceptar devoluciones de artículos de baja calidad o inadecuados de los beneficiarios (artículos cuya calidad sea inferior a la establecida para dicho artículo, o artículos que son inapropiados para el beneficiario en el momento de haber sido medidos y alquilados o vendidos).
16. El proveedor debe revelar éstos estándares para proveedores a cada beneficiario a quien provee artículos cubiertos por Medicare.
17. El proveedor debe revelar al Gobierno toda persona dueña, que tenga participación financiera o participación en el control del negocio.
18. El proveedor no deberá transferir o reasignar su número de proveedor (eje: el proveedor no puede vender o permitir que otra entidad use su número de proveedor de Medicare).
19. El proveedor debe establecer un protocolo para resolver quejas de los beneficiarios relacionadas a éstos estándares. Un registro de éstas quejas deberá ser mantenido en el local del proveedor.
20. El registro de las quejas debe incluir: nombre, dirección, número de teléfono y el número de Medicare (HICN) del beneficiario, un resumen de la queja y cualquier acción tomada para resolverla.
21. El proveedor debe acceder a proporcionar a CMS cualquier información requerida por el estatuto y regulaciones de implementación de Medicare.
22. Todo proveedor debe ser acreditado por una organización de acreditación aprobada por CMS para obtener y retener sus privilegios para facturación. La acreditación debe indicar los productos y servicios específicos para los cuales el proveedor está acreditado, para que el proveedor reciba pago por esos productos (excepto ciertos productos farmacéuticos exentos).
23. Todo proveedor debe notificar a su organización de acreditación cuando abra un nuevo local de DMEPOS.
24. Cada local del proveedor, propio o subcontratado, debe cumplir con los estándares de calidad de DMEPOS y ser acreditado por separado para facturar a Medicare.
25. Todo proveedor debe revelar durante el periodo de inscripción, todos sus productos y servicios, incluyendo la adición de nuevos productos para los cuales está solicitando acreditación.
26. Debe cumplir con los requisitos de fianza de garantía especificados en 42 C.F.R. 424.57 (c). Fecha de implementación Mayo 4, 2009
27. El proveedor debe obtener oxígeno de un proveedor que tenga licencia del Estado para suplir oxígeno.
28. El proveedor debe mantener documentación, órdenes y referidos, de acuerdo con las provisiones que se encuentran en 42 C.F.R. 424.516(f).
29. Los proveedores de DMEPOS tienen prohibido compartir su local con ciertos otros proveedores y proveedores de Medicare.
30. Los proveedores de DMEPOS deben permanecer abiertos al público por un mínimo de 30 horas por semana con ciertas excepciones.

# Carta de Derechos del Paciente y Responsabilidades

La Farmacia H-E-B apoya la Carta de Derechos del Paciente

## Derechos como paciente/proveedor de servicios

*Usted tiene el derecho de:*

- Ser notificado por escrito de sus derechos antes de empezar el tratamiento
- Ser tratado con dignidad y respeto
- Confidencialidad en su historial médico y en la información con respecto al cuidado del paciente
- Ser provisto de equipo y servicio de manera oportuna
- Recibir una explicación detallada de los cargos
- Expresar sus quejas sin miedo a represalias o discriminación
- Ser informado de los reembolsos potenciales por servicios bajo Medicare, Medicaid u otras terceras compañías de seguro basado en la condición del paciente y elegibilidad de seguro (en el mejor conocimiento de la Farmacia H-E-B)
- Ser notificado de responsabilidades financieras por productos o servicios que no se reembolsaron totalmente por Medicare, Medicaid u otras terceras compañías de seguro (en el mejor conocimiento de la Farmacia H-E-B)
- Recibir información esencial en el lenguaje o método de comunicación que usted entienda
- Que sus valores personales, culturales y espirituales, sus creencias y preferencias sean respetados

## Responsabilidades

*Como paciente/proveedor de servicios, usted tiene la RESPONSABILIDAD de:*

- Notificar a la farmacia de cambios de dirección, número de teléfono o del estado de su seguro
- Notificar a la farmacia de cualquier cambio en condición, órdenes médicas o de médico
- Cumplir con las obligaciones financieras de su servicio médico como son expuestas por Medicare o su seguro
- Proporcionar información completa y precisa acerca de dolencias presentes, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos pertinentes a su salud

- Sus acciones si no sigue el plan de cuidado/tratamiento

## Nuestros derechos

*La Farmacia H-E-B tiene el derecho de:*

- Terminar el servicio a cualquier persona que proporcione información intencionalmente incorrecta para obtener medicamento o equipo
- Rehusar servicio a cualquier persona que entre amenazante a nuestra farmacia por estar intoxicada con alcohol, drogas y/o sustancias químicas y presente un peligro potencial para nuestro personal y pacientes.

## Plan de Urgencia

La Farmacia H-E-B tiene un plan comprensivo de emergencia preparada en caso que ocurra un desastre. Nuestra meta principal es continuar asistiéndole en sus necesidades médicas. Si ocurre un desastre, siga las instrucciones de las autoridades civiles en su área.

La Farmacia H-E-B usará todos los recursos disponibles para continuar sirviéndole durante situaciones de emergencia.

## Información del paciente

*Procedimiento de reclamo*

Usted tiene el derecho y la responsabilidad de expresar sus preocupaciones, descontento, o quejarse acerca de los servicios que usted recibió o de los que no recibió sin ningún miedo a represalias, discriminación, o interrupción irrazonable de servicios. H-E-B tiene una política formal de quejas que le asegura que sus preocupaciones serán consideradas y una investigación empezará dentro de 24 horas.

El número de teléfono es el 800-432-3113. Usted puede presentar sus comentarios en línea vía nuestro sitio de Internet [www.heb.com](http://www.heb.com). Usted también puede escribirnos a:

**H-E-B**

**Attention: Customer Relations  
Department**

**P.O. Box 839999**

**San Antonio, TX 78283-3999**

**FaRmacia**  
**H-E-B**

# Forma de Autorización y Reconocimiento de Medicare Parte B

**Declaración de permiso para asignación de beneficios Medicare** Entiendo que le estoy dando permiso a la **Farmacia H-E-B** de pedir pagos a Medicare por mi cuidado médico, incluyendo suministros y equipo.

Entiendo que Medicare necesita información acerca de mí y de mi condición médica para tomar una decisión con referencia a estos pagos. Yo doy mi permiso para que se le dé esta información a Medicare y a las compañías que se encargan de las peticiones de pago de Medicare.

Entiendo que los Centros para Servicios Medicare y Medicaid (CMS) son la agencia Medicare del Gobierno.

Entiendo que una fotocopia de este comunicado es tan válida como el documento original. Además, entiendo que yo soy responsable por el pago de cualquier cantidad de deducible o coseguro.

Por consiguiente, pido que se me paguen directamente los beneficios autorizados de Medicare o que se le paguen a la **Farmacia H-E-B** en mi nombre por cualquiera de los servicios o artículos que la **Farmacia H-E-B** me proporcionó. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otra información mía que libere dicha información a los Centros para Servicios Medicare y Medicaid (CMS) y a sus agentes como sea necesario para determinar estos beneficios o beneficios por servicios relacionados.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **HICN:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

(Firma del beneficiario)

## Reconocimientos del paciente

He recibido aviso por escrito de mis derechos y responsabilidades como paciente/ proveedor de servicios. He recibido instrucciones por escrito para presentar un reclamo o queja formal. He recibido una copia de los Estándares del Proveedor de Medicare. He recibido información de contacto para la Farmacia H-E-B.

**Firmado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

(Firma del beneficiario)

Nombre de la póliza: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Entiendo que le estoy dando permiso a la **Farmacia H-E-B** de pedir pagos a Medigap para mi cuidado médico.

Entiendo que la Compañía de Seguros Medigap necesita información acerca de mí y de mi condición médica para tomar una decisión con referencia a estos pagos. Yo doy mi permiso para que se le dé esta información a la compañía de seguros mencionada arriba.

Pido que se me paguen directamente los beneficios autorizados de Medigap o que se le paguen a la **Farmacia H-E-B**, en mi nombre por cualquiera de los servicios o artículos que la **Farmacia H-E-B** me proporcionó. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otra información mía que libere dicha información a la Compañía de Seguros Medigap mencionada arriba como sea necesario para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

**Firma:** \_\_\_\_\_

(Firma del beneficiario)

**Fecha:** \_\_\_\_\_

