

Tobii Dynavox – Funding Packet Checklist

This package has been designed to guide you through the funding process. We recommend that one person be designated as the primary person to gather and submit documents to help your funding process go smoothly. This can be a Speech Pathologist, a family member or caregiver. Missing information may result in processing delays.

If there is any change in insurance coverage prior to receipt of the equipment, please notify the funding department as soon as possible.

Required Funding Packet Forms (included in packet and listed below) MUST BE completed and sent to the Tobii Dynavox Customer Fulfillment Team:

- Client Information Form (CIF)** (complete all three pages)
- Equipment Quote** (provided by local representative)
- Signed and Initialed **Release-Assignment of Benefits Payment Agreement Form**
- Physician's Prescription listing the recommended equipment, diagnosis, physician's name and npi#, and date (Physician's personal prescription/order can be used in lieu of this form). (Not required for trial)

Required Documents (not provided in packet) MUST BE included and sent with completed Funding Packet forms listed above

- Clear, legible copies of Insurance, Medicaid or Medicare cards (front and back)
- Augmentative Communication Evaluation by Speech Pathologist following Medicare or Medicaid protocol (if applicable)
- State Medicaid forms (if applicable) www.tobiidynavox.com/funding/documents/state-forms/

Tobii Dynavox is required to keep a copy of all documentation on file to meet state and government requirements; however a copy should be kept by both the client advocate and the client contact person.

Please send complete Funding Packet to the address listed below, or fax to **866-336-2737** or email to funding@tobiidynavox.com

Tobii Dynavox

Attn: Funding Department

2100 Wharton Street, Suite 400

Pittsburgh, PA 15203

QUESTIONS? Contact 1-800-344-1778

Client Information Form

(must be completed and returned)

Today's Date: _____

Section 1: Client – The client is the person who will be receiving the equipment or services.

First Name: _____ Middle Name: _____ Last Name: _____

Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Date of Birth: _____ Home Phone #: _____ Alt. Phone #: _____

Social Security #: _____ Email address: _____

What is the best way to contact you? Email Phone

Male Female Married Single

Are you a student? Are you employed?

Yes No Yes No

Current Place of Residence:

Home

Custodial Facility (assisted living)

Intermediate Care/Individuals with Intellectual Disabilities

Skilled Nursing Facility

Hospice Program

Group Home

Inpatient Hospital

Facility or Group Home Name: _____ Phone #: _____

Section 2: The Diagnosis – The diagnosis is the client condition which requires the requested equipment or services.

Medical Diagnosis: _____

Communication Diagnosis: _____

Is diagnosis a result of an accident? Yes No If yes, date of accident: _____ Type of accident? Employment Auto Other

Section 3: Family Contact/Legal Guardian – The legal guardian or family contact is the person who is the emergency contact or who is assisting the client.

First Name: _____ Last Name: _____ Home Phone #: _____

Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Relationship to Client: Spouse Parent Other (please specify)

(Check all that apply) Child Legal Guardian

Power of Attorney

Emergency Phone #: _____

(This must be different from the client's home #)

Check here if different number is not available

What is the best way to contact you? Email Phone

Fax #: _____

Email: _____

Section 4: Speech Language Pathologist/Evaluator – The SLP is the clinician who performed the evaluation of the client and provided the written report.

First Name: _____ Last Name: _____ SLP Phone #: _____

SLP Alt Phone #: _____ SLP Alt. Fax #: _____ SLP Fax #: _____

Facility Name: _____ Facility Phonex #: _____

Business Street address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

P.O. Box: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Email: _____ Alt. Contact Name: _____

Facility Phone #: _____ Alt. Contact Email: _____

Client Information Form page 1

Section 5: Treating Physician – The treating physician should be the specific PCP that your insurance (or Medicaid, if applicable) requires. Please be sure that this PCP signs your prescription.

Doctor First Name: _____ Doctor Last Name: _____
Practice Name/Street address: _____ Phone: _____ Fax: _____
P.O. Box: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Doctor Medicaid Provider #: _____ Doctor license #: _____ Doctor NPI #: _____
Date of last face to face visit: _____

Section 6: Private insurance (if applicable)

Tobii Dynavox Funding Department must be contacted immediately of ANY change to medical insurance coverage and new card copies must be sent to the Customer Fulfillment Team. ALL MEDICAL INSURANCE COVERAGES MUST BE LISTED.

Name of Insurance: _____ Employer Name: _____
Policy #: _____ Group #: _____ Insurance company Phone #: _____
Case Manager (if applicable): _____ Phone #: _____
Policy Holder Name: _____ Policy Holder DOB: _____ Policy Holder SS#: _____
Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Relationship to Client: Self Spouse Other (please specify) _____ Phone #: _____ Fax #: _____
 Parent Legal Guardian _____

Section 7: Medicare (if applicable)

Medicare #: _____

Section 8: Medicaid (if applicable)

Medicaid #: _____ Phone Number: _____
If you have Managed Care Medicaid, name of insurance co: _____ ID #: _____

Section 9: Other Insurance (auto/workers compensation)

Name of Insurance: _____ Employer Name: _____
Policy #: _____ Group #: _____ Insurance company Phone #: _____
Case Manager (if applicable): _____ Phone #: _____
Policy Holder Name: _____ Policy Holder DOB: _____ Policy Holder SS#: _____
Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Relationship to Client: Self Spouse Other (please specify) _____ Phone #: _____ Fax #: _____
 Parent Legal Guardian _____

Section 10: Alternate Funding (MDA, etc)

Contact Info: _____

Section 11: Shipping Information

Name: _____ Organization (if applicable): _____ Phone Number: _____
Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Please note: We cannot ship to a P.O. Box. Medicare funded devices must ship to the client's home address.

Section 12: Other Equipment

Do you currently, or have you ever owned a communication device? Yes No

Date of Purchase: _____

Do you currently own a wheelchair Yes No

(We must have at least month & year)

Make: _____ Model: _____

Choose device:

- I-13 I-16 SC Tablet I-110 EM-12 w/ EyeMobile Plus
 I-13 and Eye-Gaze I-16 and Eye-Gaze Indi 7 EM-12

Choose mount:

- Wheelchair Rolling/Floor Desk/Table

Accessory: Please list _____

* Not all insurance plans will cover multiple mounting system

Section 13: Client Certification

Please read and check next to each statement

- I verify that all information contained herein is correct and true to the best of my knowledge. I also understand that the information provided will be used by Tobii Dynavox for the purpose of obtaining funding and hereby give permission to Tobii Dynavox to release this information as required by the funding sources listed.
- I understand that I may be able to rent or purchase the equipment that has been prescribed by my physician. The rental duration will be according to the manufacturers' policy.
- I understand that if my insurance coverage requires a capped rental, I will be subject to the Terms and Conditions of the Capped Rental program.

Signature(s) of person(s) completing this form:

1. _____ Name & Relationship to Client (Please Print) _____ Date _____
2. _____ Name & Relationship to Client (Please Print) _____ Date _____

Please send complete Funding Packet to the Pittsburgh address listed below, or fax to **866-336-2737** or email to funding@tobiidynavox.com

Tobii Dynavox

Attn: Funding Department
2100 Wharton Street, Suite 400
Pittsburgh, PA 15203

Lifetime Release & Assignment of Benefits Payment Agreement

(must be completed & returned)

I authorize the release of any medical or other information necessary for determining benefits payable for equipment or services and processing claims by the Centers for Medicare & Medicaid Services, my insurance carrier and any other medical/insurance entity. I understand that on occasion, funding or reimbursement barriers are encountered. Tobii Dynavox works in conjunction with Disability law Centers on behalf of customers to overcome these barriers to ensure that funding is obtained. I hereby authorize, if necessary, Tobii Dynavox to release information related to my claim for funding to these Disability Law Centers.

I authorize payment of insurance benefits, including Medicare if applicable, be made either to me or on my behalf to Tobii Dynavox for any equipment or services provided to me. Should I receive payment directly from the insurance company, I agree to forward the check and "Explanation of Benefits" to Tobii Dynavox within 10 days of receipt. I understand that the check and explanation are due to Tobii Dynavox in order to credit my account. If I fail to provide this information, I understand that I will be held legally responsible for payment in full for all equipment or services which have been provided by Tobii Dynavox.

I understand that I am financially responsible to Tobii Dynavox for any charges not covered by health care benefits. I agree to notify Tobii Dynavox of any changes in my health care insurance coverage. In some cases, exact insurance benefits cannot be determined until the insurance company receives the claim. I understand that I am responsible for the entire bill or balance of the bill as determined by Tobii Dynavox and/or my health care insurer if the submitted claims, or any part of them, are denied for payment.

I understand that by signing this form, I am accepting financial responsibility as explained above for all payment for products received.

THIS DOES NOT APPLY WHEN MEDICARE DETERMINES THE BALANCE TO BE THE CONTRACTOR'S OBLIGATION, OR TO MEDICAID RECIPIENTS.

I have read and understand the Tobii Dynavox 30 Day Return Policy, Patient Bill of Rights and Responsibilities (which includes the process to file a grievance or complaint with the Company), the Tobii Dynavox Supplier Standards, per DMEPOS, and the Tobii Dynavox Notice of Privacy Practices.

Please check if client is currently receiving hospice care

Please check if client is currently in a skilled nursing facility

*******Form must be signed and dated below to be valid*******

Client Name (User): _____

Signature of Client/Insured/Legal Guardian/Power of Attorney _____

Relationship to Client: Self ___ Parent ___ Spouse ___ Guardian/POA ___

Date: _____

(MUST BE SIGNED, HAVE RELATIONSHIP, AND BE DATED TO BE VALID) ONLY RESPONSIBLE PARTY CAN SIGN!

Witness Signature (valid with client mark only): _____

Relationship to Client: _____

Date: _____

(ONLY REQUIRED WHEN POA/LEGAL GUARDIAN/CLIENT'S SIGNATURE IS UNREADABLE, CLIENT USED A MARK, OR STAMP WAS USED)

PHYSICIAN PRESCRIPTION

2100 Wharton Street, Ste 400, Pittsburgh, PA 15203 800-344-1778

Patient Information	Order Request Date: _____
Patient Name: _____	Patient DOB: _____
Insurance ID: _____	Address: _____

Clinical Information	
Medical Diagnosis: _____	
Communication Diagnosis: _____	
Length of Need: Lifetime	Other: _____
Prognosis: Good with purchase of Speech Generating Device	Other: _____
Date of Last Visit (must be within last 6 months): _____	

Equipment Prescribed:	Quantity
Equipment Description	

Mounting System: Yes No

Physician Information	
I have reviewed a copy of the Speech Language Pathologist's completed communication evaluation for the above patient and agree with the recommendation for the listed equipment. The prescribed device and accessories are medically necessary to achieve the functional communication goals for this patient as noted in the SLP's treatment plan.	
Physician's Name (print): _____	NPI #: _____
Medicaid ID: _____	Phone #: _____
Address: _____	
Physician's Signature: _____	Date: _____
Signature/Date stamps are not permitted	

Return via fax to: 1-866-336-2737 or via email to: funding@tobiidynavox.com

Tobii Dynavox - Notice of Privacy Practices

(Keep for your records)

Purpose

To ensure that all of the regulations of the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996 that apply to Tobii Dynavox are followed by all associates.

Purpose

It is the purpose of all Tobii Dynavox associates to ensure the standards described in our Notice of Privacy Practices, as related to our customers and potential customers, are properly followed.

Responsibility

Tobii Dynavox management has the overall responsibility for implementing this policy and must designate a Privacy Officer to be responsible for administering this policy. This notice describes how protected health information (PHI) may be used and disclosed, and how you can gain access to this information.

Our Commitment to Your Privacy

Tobii Dynavox is dedicated to maintaining the privacy of your protected health information (PHI). In conducting our business, we will create records regarding you and the services we provide to you. We are required by law to maintain the confidentiality of health information that identifies you. We are also required by law to provide you with this notice of our legal duties and privacy practices concerning your protected health information. By law, we must follow the terms of the notice of privacy practices that we have in effect at the time.

To summarize, this notice provides you with the following important information:

- How we may use and disclose your protected health information.
- Your privacy rights in your protected health information.
- Our obligations concerning the use and disclosure of your protected health information.

The terms of this notice apply to all records containing your protected health information that are created or retained by Tobii Dynavox. We reserve the right to request or amend our notice of privacy practices. Any revision or amendment to this notice will be effective for all of your records that Tobii Dynavox has created or maintained in the past, and for any of your records we may create or maintain in the future. Our organization will post a copy of our current notice on our web site www.tobiidynavox.com and you may request a copy of our most current notice.

If You Have Questions About this Notice, Please Contact:

Chief Privacy Officer at (800) 344-1778 ext. 7800

We may use and disclose your health information in the following ways:

The following categories describe the different ways in which we may use and disclose your protected health information.

- **Funding Assistance** - Protected health information is primarily used at Tobii Dynavox to assist in getting Medicare, Medicaid or private insurance funding for advanced augmentative communications (AAC) devices and solutions.
- **Release of PHI to Guardians, Care Givers, SLPs and Other Health Care Professionals** - Tobii Dynavox may release protected health information to authorized individuals. This would include customers, relatives of customers, caregivers, SLPs, other medical professionals and various funding agencies including Medicare, Medicaid and private insurance.
- **Referral to AAC Advocate** - Material will be sent to our AAC advocate as required to facilitate alternate funding sources or appeal a denial of funding decision. Tobii Dynavox will obtain written authorization from our customers for disclosure of your protected health information for this purpose.
- **Disclosures Required** - Tobii Dynavox will use and disclose your protected health information when required by federal, state or local law.
- **Other Uses and Disclosures** - Other uses and disclosures of your protected health information for reasons not specified above will only be made with an individual's written authorization. The written authorization will state:
 1. Purpose or reason for the disclosure.
 2. Organization or individual to which the information is disclosed.
 3. Time period that the information may be used.

An individual has the right to revoke authorization at any time upon giving written notice of such revocation.



Use and disclosure of your protected health information in special circumstances:

▪ **Public Health Risks**

Tobii Dynavox may disclose your protected health information to public health authorities that are authorized by law to collect information for the purposes of:

1. Maintaining vital records, such as births and deaths.
2. Reporting child abuse or neglect.
3. Notifying individuals if a product or device they may be using has been recalled.
4. Notifying appropriate government agency (ies) and authority (ies) regarding the potential abuse or neglect of an adult patient (including domestic violence); however, we will only disclose this information if the customer agrees or we are required or authorized by law to disclose this information.

▪ **Health Oversight Activities**

Tobii Dynavox may disclose your protected health information to a health oversight agency for activities authorized by law. Oversight activities can include, for example, investigations, inspections, audits, surveys, license and disciplinary actions, civil, administrative, and criminal procedures or actions; or other activities necessary for the government to monitor government programs, compliance with civil rights laws and the healthcare system in general.

▪ **Research**

Tobii Dynavox may disclose your protected health information to researchers when their research has been approved by an institutional review board that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure the privacy or de-identification of your protected health information.

▪ **Lawsuits of Similar Proceedings**

Tobii Dynavox may use and disclose your protected health information in response to a court or administrative order, if you are involved in a lawsuit or similar proceedings. We also may disclose your protected health information in response to discovery request, subpoena, or other lawful process by another party involved in the dispute, but only if we have made an effort to inform you of the request or to obtain an order protecting the information the party has requested.

▪ **Law Enforcement**

Tobii Dynavox may release protected health information if asked to do so by a law enforcement official:

1. Regarding a crime victim in certain situations, if we are unable to obtain the person's agreement.
2. In response to a warrant, summons, court order, subpoena or similar legal process.
3. To identify/locate a suspect, material witness, fugitive - or missing person.
4. In an emergency, to report a crime (including the - location or victim(s) of the crime, or the description, identity or location of the perpetrator).

▪ **Military**

Tobii Dynavox may disclose your protected health information if you are a member of U.S. or foreign military forces (including veterans) and if required by the appropriate military command authorities.

▪ **National Security**

Tobii Dynavox may disclose your protected health information to federal officials for intelligence and national security activities authorized by law. We also may disclose your protected health information to federal officials in order to protect the President, other officials or foreign heads of state, or to conduct investigations as required by law.

▪ **Inmates**

Tobii Dynavox may disclose your protected health information to correctional institutions or law enforcement officials if you are an inmate or under the custody of a law enforcement official. Disclosure for these purposes would be necessary for:

1. The institution to provide health care services to you.
2. The safety and security of the institution.
3. Protection of your health and safety or the health and safety of other individuals.

▪ **Workers' Compensation**

Tobii Dynavox may release your protected health information for workers' compensation and similar programs.



Your rights regarding your protected health information:

You have the following rights regarding the protected health information that we maintain about you:

- **Confidential Communications**

You have the right to request that Tobii Dynavox communicate with you about your health and related issues in a particular manner or a certain location.

- **Request Restrictions**

You have the right to request a restriction in our use or disclosure of your protected health information for funding, treatment, payment, or health care operations. Additionally, you have the right to request that we limit our disclosure of your protected health information to individuals involved in your care or the payment of your care, such as family members and friends. We are not required to agree to your request; however, if we do agree, we are bound by our agreement except when otherwise required by laws or when the information is necessary to facilitate funding. In order to request a restriction in our use or disclosure of your protected health information, you must make your request in writing to:

Chief Privacy Office
Tobii Dynavox
2100 Wharton Street, Suite 400
Pittsburgh PA, 15203

Your request must describe in a clear and concise fashion:

1. The information you wish restricted.
2. Whether you are requesting to limit our companies use, disclosure or both.
3. Whom you want the limits to apply to Inspection.

- **Inspection and Copies**

You have the right to inspect and obtain a copy of the protected health information that may be used to make decision about you including: customer medical information, funding information and billing records. You must submit your request in writing to the Tobii Dynavox Chief Privacy Officer as instructed above in order to inspect and/or obtain a copy of your protected health information. Tobii Dynavox may charge a fee for the cost of copying, mailing, labor and supplies associated with your request. Tobii Dynavox may deny your request to inspect and/or copy in certain limited circumstances.

- **Amendment**

You may ask Tobii Dynavox to amend your health information if you believe it is incorrect or incomplete, and you may request an amendment for as long as Tobii Dynavox keeps the information. To request an amendment, your request must be made in writing and submitted to the Tobii Dynavox Chief Privacy Officer as instructed above. You must provide us with a reason that supports your request amendment. Tobii Dynavox will deny your request if you fail to submit the request (and the reason supporting your request) in writing. Also, we may deny your request if you ask us to amend information that is:

1. Inaccurate and incomplete.
2. Not part of the protected health information kept by or for Tobii Dynavox.
3. Not part of the protected health information which you would be permitted to inspect.
4. Not created by Tobii Dynavox, unless the individual or entity that created the information is not available to amend the information.

- **Accounting of Disclosures**

All of our customers have the right to request an "account of disclosures." An "account of disclosures" is a list of certain disclosures Tobii Dynavox has made of your protected health information. In order to obtain an accounting of disclosures, you must submit your request in writing to the Tobii Dynavox Chief Privacy Officer as instructed above. All requests for an "accounting of disclosures" must state a time period, which may not be longer than six years and not include dates before April 14, 2003. The first list you request within a 12-month period is free of charge, but Tobii Dynavox may charge you for additional lists within the same 12-month period. Tobii Dynavox will notify you of the cost involved with additional requests, and you may withdraw your request before you incur any costs.

- **Right to a Paper Copy of This Notice**

You are entitled to receive a paper copy of Tobii Dynavox's Notice of Privacy Practices. You may ask us to give you a copy of this notice at any time. To obtain a paper copy of this notice contact the Chief Privacy Officer at (800)344-1778 ext. 7800.

- **Right to File a Complaint**

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with Tobii Dynavox or the Secretary of the Department of Health and Human Services, (202) 619-0257. To file a complaint with Tobii Dynavox, contact the Chief Privacy Officer at (800) 344-1778 ext. 7800. All complaints must be submitted in writing. A complaint can be filed without reprisal from any one at Tobii Dynavox or its associates.

- **Right to Provide an Authorization for Other Uses and Disclosures**

Tobii Dynavox will obtain your written authorization for uses and disclosures that are not identified by this notice or permitted by applicable law. Any authorization you provide to us regarding the use and disclosure of your protected health information may be revoked at any time in writing. After you revoke your authorization, we will no longer use or disclose your protected health information for the reasons describe in the authorization. Please note that we are required to retain records of your funding and device information.



Tobii Dynavox - Patient Bill of Rights and Responsibilities

(Keep for your records)

Bill of Rights

- Be fully informed in advance about service/care to be provided, including the disciplines that furnish care and the frequency of visits as well as any modifications to the service/care plan.
- Participate in the development and periodic revision of the plan of service/care.
- Informed consent and refusal of service/care or treatment after the consequences of refusing service/care or treatment are fully presented.
- Be informed, both orally and in writing, in advance of service/care being provided, of the charges, including payment for service/care expected from third parties and any charges for which the client/patient will be responsible.
- Have one's property and person treated with respect, consideration and recognition of client/patient dignity and individuality.
- Be able to identify visiting staff members through proper identification.
- Voice grievances/complaints regarding treatment or care, lack of respect of property or recommended changes in policy, staff, or service/care without restraint, interference, coercion, discrimination, or reprisal.

Grievances or complaints may be sent in writing to:

Complaint Department

Tobii Dynavox
2100 Wharton Street, Suite 400
Pittsburgh PA 15203

or

Office of Quality Monitoring The Joint Commission

One Renaissance Boulevard
Oakbrook Terrace, Illinois 60181
(800) 994-6610

- Have grievances/complaints regarding treatment or care that is (or fails to be) furnished, or lack of respect of property investigated.
- Choose a health care provider.
- Confidentiality and privacy of all information contained in the client/patient record and of Protected Health Information.
- Be advised on agency's policies and procedures regarding the disclosure of clinical records.
- Receive appropriate service/care without discrimination in accordance with physician orders.
- Be informed of any financial benefits when referred to an organization.
- Be fully informed of one's responsibilities, listed below.
- Be informed of provider service/care limitations.

Responsibilities

- Prior to receipt of equipment provider must be informed of any changes to medical insurance coverage.
- Upon delivery, all equipment must be inspected and any problems or issues with equipment reported to company within the 30 day return period. No returns or exchanges will be accepted beyond the 30 day return period.
- There will be no returns of custom ordered equipment such as non-stocked wheelchair mounting parts. You are responsible for providing us with correct information about your source of payment and ability to pay your bill.
- Become knowledgeable about his or her health plan coverage and health plan options (when available) including all covered benefits, limitations and exclusions, rules regarding use of network providers, coverage and referral rules, appropriate processes to secure additional information, and the process to appeal coverage decisions.
- The client/patient is responsible for warranty information and expiration dates. Reminders may be provided as a courtesy only.

Tobii Dynavox - Supplier Standards

(Keep for your records)

Tobii Dynavox adheres to the following standards as required by the Centers for Medicare and Medicaid Service:

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. 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. The supplier location must be accessible to beneficiaries during reasonable business hours, and must maintain a visible sign and posted hours of operation.
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. Compliant 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

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).



30 Day Return Policy

All products sold by Tobii Dynavox are backed by a 30 day return policy. All returns require prior authorization by Tobii Dynavox Management within 30 days from the date the product was shipped from Tobii Dynavox Pittsburgh, PA. All approved returns must be shipped at Buyer's cost, and all items must be properly packaged as instructed by Tobii Dynavox. Product returns, which are not approved, will not be accepted by Tobii Dynavox.

This 30 day policy does not pertain to Special Ordered Parts. All products which are not considered a stocked item of Tobii Dynavox are considered a special order and are non-returnable, non-refundable unless expressly authorized by Tobii Dynavox Management. No exceptions will be made.

Equipment Warranty Information Form

Every device (Eyemax included) sold by our company carries a 1-year manufacturer's warranty. Tobii Dynavox will notify all clients of the warranty coverage, and we will honor all warranties under applicable law.

Tobii Dynavox will repair or replace, free of charge, equipment that is under warranty. In addition, when available, an owner's manual with warranty information will be provided to clients for all durable medical equipment.

Copyright © 2015 Tobii Dynavox. All rights reserved.

tobii dynavox

2100 Wharton Street • Suite 400 • Pittsburgh, PA 15203 • 800.344.1778 • www.tobiidynavox.com

tobiidynavox

Paquete de financiamiento

Correo electrónico: funding@tobiidynavox.com

Fax: 1-866-336-2737

Lista de Verificación del Paquete de Financiamiento

Este paquete ha sido diseñado para guiarlo a través del proceso de financiamiento. Recomendamos que se designe a una persona como la persona principal para reunir y enviar documentos para ayudar a que su proceso de financiamiento sea sin problemas. Puede ser un patólogo del habla, un miembro de la familia o un cuidador. La información faltante puede dar lugar a retrasos en el procesamiento.

Si hay algún cambio en la cobertura del seguro antes de recibir el equipo, notifique al departamento de financiamiento lo antes posible.

Los Formularios de paquetes de financiamiento requeridos (incluidos en el paquete y enumerados a continuación) DEBEN completarse y enviarse al Equipo de cumplimiento de clientes de Tobii Dynavox:

- Formulario de información del cliente (CIF) (complete las tres páginas)
- Cotización del equipo (proporcionado por el representante local)
- Formulario de Acuerdo de Pago de Liberación-Asignación de Beneficios firmado e inicializado
- La receta del médico que incluye el equipo, el diagnóstico y la fecha recomendados (la prescripción / orden personal del médico puede usarse en lugar de este formulario). (No se requiere para el juicio)
- Acuerdo de prueba completado y firmado (si corresponde; no se requiere para la compra)

Los Documentos Requeridos (no se proporcionan en el paquete) DEBEN ser incluidos y enviados con los formularios de Paquete de Financiamiento completados arriba:

- Copias claras y legibles del seguro, las tarjetas Medicaid o Medicare (de ambos lados)
- Evaluación de la comunicación aumentativa por el patólogo del habla siguiendo el protocolo de Medicare o Medicaid (si corresponde)
- State Medicaid forms (if applicable) www.tobiidynavox.com/funding/documents/state-forms/
- Los programas de Medicare y Medicaid requieren que el cliente tenga un encuentro cara a cara (F2F) con su médico. El encuentro cara a cara debe estar relacionado con la razón principal por la cual el beneficiario requiere el equipo médico y la visita debe realizarse dentro de los 6 meses posteriores a la fecha de la receta. **TENGA EN CUENTA:** algunos estados Medicaid requieren que el F2F esté dentro de los 6 meses posteriores a la entrega.

Se requiere que Tobii Dynavox guarde una copia de toda la documentación para cumplir con los requisitos estatales y gubernamentales; sin embargo, tanto el defensor del cliente como la persona de contacto del cliente deben guardar una copia.

Envíe el paquete de financiamiento completo a la dirección que se indica a continuación, o envíe un fax al 866-336-2737 o envíe un correo electrónico a funding@tobiidynavox.com

Tobii Dynavox

Attn: Funding Department
2100 Wharton Street, Suite 400
Pittsburgh, PA 15203

¿PREGUNTAS? Contacte al 1-800-344-1778

Formulario de Información del Cliente

(Debe ser completado y devuelto)

Fecha de hoy: _____

Sección 1: **Cliente** – el cliente es la persona que recibirá el equipo o los servicios.

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Número de teléfono: _____ Número Secundario: _____
Seguro Social: _____ Correo Electrónico: _____
Mejor forma de contacto: Correo Teléfono
 Hombre Mujer Casado(a) Soltero(a)
Eres Estudiante? **Estás empleado?**
 Sí No Sí No
Lugar actual de residencia:
 Casa Programa de hospicio
 Facilidad de custodia Hogar grupal
 Centro de enfermería especializada Hospital de internación
Nombre de hogar grupal o facilidad: _____ Número de teléfono: _____

Sección 2: **El Diagnóstico** – El diagnóstico es la condición del cliente que requiere el equipo o los servicios solicitados.

Diagnóstico médico: _____
Diagnóstico de comunicación: _____
Es el diagnóstico un resultado de un accidente: Sí No En caso afirmativo, fecha de accidente: _____

Sección 3: **Contacto familiar / Guardián legal** – el tutor legal o contacto familiar es la persona que es el contacto de emergencia o que asiste al cliente.

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Número Telefónico: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Relación con el cliente: Esposo(a) Padre Otro
 Hijo(a) Guardián legal
 Poder del abogado
Número de Emergencia: _____
(Diferente del número del cliente)
 Note aquí si no tiene número de emergencia
Fax: _____
Mejor forma de contacto: CorreElectrónico Número teléfono Correo Electrónico: _____

Sección 4: **Patólogo del Habla y del Lenguaje (SLP)/Evaluador** – El SLP es el clínico que realizó la evaluación del cliente y proporcionó el informe escrito.

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Número Telefónico: _____
Número Telefónico alt: _____ # Fax: _____ # Fax alt: _____
Nombre de organización de evaluación: _____ Número Telefónico: _____
Dirección de organización: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Correo Electrónico: _____ Nombre de contacto alt: _____
Número Telefónico: _____ Correo Electrónico alt: _____

Sección 5: Médico tratante – el médico tratante debe ser el PCP específico que requiere su seguro (o Medicaid, si corresponde). Asegúrese de que este PCP firme su receta.

Primer nombre de médico: _____ Apellido: _____
Dirección de lugar de práctica: _____ Número Telefónico: _____ Fax: _____
P.O. Box: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de Médico Medicaid Proveedor: _____ Número de licencia del Médico: _____
Número de NPI del Médico: _____

Sección 6: Seguro privado (Si es aplicable)

Se debe contactar al Departamento de Financiación de Tobii Dynavox inmediatamente después de CUALQUIER cambio en la cobertura del seguro médico y se deben enviar nuevas copias de la tarjeta al Equipo de Cumplimiento del Cliente. TODAS LAS COBERTURAS DE SEGURO MÉDICO DEBEN ESTAR LISTADAS.

Nombre del seguro: _____ Nombre del empleador: _____
Número de póliza: _____ Número de grupo: _____ Número telefónico de empresa de seguro: _____
Administrador de casos (Si es aplicable): _____ Número telefónico: _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ #SS del titular de la póliza: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Relación con el cliente: Yo Esposa(s) Otro Padre Guardián legal
Número telefónico: _____ # Fax: _____

Sección 7: Seguro Médico del Estado (Si es aplicable)

Número de seguro médico: _____

Sección 8: Seguro de Enfermedad (Si es aplicable)

Número de seguro de enfermedad: _____ Número Telefónico: _____
Si tiene Managed Care Medicaid, nombre la empresa de seguro: _____ Número de identificación: _____

Sección 9: Otro seguros (Compensación de auto / trabajadores)

Nombre del seguro: _____ Nombre del empleador: _____
Número de póliza: _____ Número de grupo: _____ Número telefónico de empresa de seguro: _____
Administrador de casos (Si es aplicable): _____ Número telefónico: _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ #SS del titular de la póliza: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Relación con el cliente: Yo Esposa(s) Otro Padre Guardián legal
Número telefónico: _____ # Fax: _____

Sección 10: Financiamiento alternativo (MDA, etc.)

Información de contacto: _____

Sección 11: Información de envío

Nombre: _____ Organización (Si es aplicable): _____ Número Telefónico: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tenga en cuenta: No podemos enviar a un P.O. Box. Los dispositivos financiados por Medicare deben enviarse a la dirección del hogar del cliente.

Section 12: Otro Equipo

¿Actualmente, o alguna vez ha tenido un dispositivo de comunicación? Si No Fecha de compra _____
(Mes y año)

¿Tiene silla de ruedas? Si No

Fabricante: _____ Modelo: _____

Selecciona Dispositivo:

- I-12 I-15 SC Tablet I-110 EM-12 with EyeMobile Plus
 I-12 y Eye-Gaze I-15 y Eye-Gaze Indi 7 EM-12

Secciona Montar:

- Silla de ruedas Rodante/Suelo Escritorio/Mesa

Accesorio: _____

*No todos los planes de seguro cubrirán el sistema de montaje múltiple

Section 13: Certificación del cliente

Lea y marque la opción al lado de cada enunciado

- Verifico que toda la información contenida en este documento es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. También entiendo que la información provista será utilizada por Tobii Dynavox con el fin de obtener financiamiento y, por la presente, otorgo permiso a Tobii Dynavox para divulgar esta información según lo exigen las fuentes de financiamiento enumeradas.
- Entiendo que puedo alquilar o comprar el equipo que me ha recetado mi médico. La duración del alquiler será de acuerdo con la política del fabricante.
- Entiendo que si mi cobertura de seguro requiere un alquiler limitado, estaré sujeto a los Términos y condiciones del programa de alquiler limitado.

Firmas de personas completando esta forma:

1. _____ (Date) _____
(Name & relationship to client (please print))

2. _____ (Date) _____
(Name & relationship to client (please print))

Envíe el paquete de financiamiento completo a la dirección que se indica a continuación, o envíe un fax al 866-336-2737 o envíe un correo electrónico a funding@tobiidynavox.com

Tobii Dynavox

Attn: Funding Department
2100 Wharton Street, Suite 400
Pittsburgh, PA 15203

Acuerdo de Divulgación y Asignación del Pago de los Beneficios de por vida

(Debe ser Completado y Devuelto)

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para determinar los beneficios pagaderos por el equipo o los servicios y para procesar los reclamos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, mi compañía de seguros y cualquier otra entidad médica o de seguros. Entiendo que, en ocasiones, se encuentran barreras de financiamiento o reembolso. Tobii Dynavox trabaja en conjunto con los Centros de leyes de discapacidad en nombre de los clientes para superar estas barreras y asegurar que se obtenga la financiación. Por la presente autorizo, si es necesario, a Tobii Dynavox a divulgar información relacionada con mi reclamo de financiamiento a estos Centros de Derecho para Discapacitados.

Autorizo el pago de los beneficios del seguro, incluido Medicare, si corresponde, para mí o para mí en nombre de Tobii Dynavox para cualquier equipo o servicio que se me proporcione. Si recibo el pago directamente de la compañía de seguros, acepto enviar el cheque y la "Explicación de Beneficios" a Tobii Dynavox dentro de los 10 días posteriores a la recepción. Entiendo que el cheque y la explicación se deben a Tobii Dynavox para acreditar mi cuenta. Si no proporciono esta información, entiendo que seré legalmente responsable por el pago total de todos los equipos o servicios que Tobii Dynavox ha proporcionado.

Entiendo que soy nancialmente responsable ante Tobii Dynavox por cualquier cargo que no esté cubierto por los beneficios de atención médica. Acepto notificar a Tobii Dynavox de cualquier cambio en mi cobertura de seguro de salud. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba la reclamación. Entiendo que soy responsable de la totalidad de la factura o el saldo de la factura según lo determine Tobii Dynavox y / o mi aseguradora de atención médica si los reclamos presentados, o cualquier parte de ellos, se rechazan para el pago.

Entiendo que al firmar este formulario, estoy aceptando la responsabilidad financiera como se explica anteriormente para todos los pagos por los productos recibidos.

ESTO NO SE APLICA CUANDO MEDICARE DETERMINE EL BALANCE PARA SER LA OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA O A LOS RECEPTORES DE MEDICAID.

He leído y comprendo la Política de devolución de 30 días de Tobii Dynavox, la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente (que incluye el proceso para presentar una queja o reclamo ante la Compañía), las Normas de proveedores de Tobii Dynavox, según DMEPOS, y el Aviso de Tobii Dynavox de Prácticas de privacidad.

- Verifique si el cliente está recibiendo actualmente atención de hospicio
- Compruebe si el cliente se encuentra actualmente en un centro de enfermería especializada.

*******El formulario debe estar firmado y fechado a continuación para que sea válido*******

Nombre del cliente: _____

Firma del cliente/Asegurador/Guardián legal/Poder del abogado: _____

Relación con el cliente: Yo Esposa(s) Padre Guardian legal Fecha: _____

(DEBE FIRMARSE, TENER RELACIÓN Y SER FECHADO PARA SER VÁLIDO) ¡SOLO EL PARTIDO RESPONSABLE PUEDE FIRMAR!

Firma del testigo (válida solo con la marca del cliente): _____

Relación con el cliente: _____ Fecha: _____

(SOLO SE REQUIERE CUANDO LA FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL / CLIENTE NO SE PUEDE PAGAR, EL CLIENTE UTILIZÓ UNA MARCA, O EL SELLO FUE UTILIZADO)

Prescripción medica

Información del Paciente

Nombre del paciente:

Identificación de Seguro:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Fecha de soliditud de pedido:

Información Clínica

Diagnostico Medico:

Diagnóstico de comunicación:

Duración de la necesidad: *Por vida *Otro

Pronóstico: bueno con el uso del dispositivo generador de voz * Otro

Fecha de la última visita en persona (debe ser dentro de los últimos 6 meses):

Equipo Prescrito

Descripción del equipo:

Cantidad:

Montaje necesario?(Circula uno) *Si *No

Información del médico:

He revisado una copia de la evaluación de comunicación completa del Patólogo del habla y lenguaje para el paciente mencionado y estoy de acuerdo con la recomendación para el equipo que figura en la lista. El dispositivo y los accesorios prescritos son necesarios para alcanzar los objetivos de comunicación funcional para este paciente como se indica en el plan de tratamiento del SLP.

Nombre impreso del medico:

NPI:

Identificación de Seguro de enfermedad:

Número Telefónico:

Dirección:

Firma del medico:

Fecha:(Sello de Firma/Fecha no es permitido)

Aviso de la Agencia y Requisitos y Acuerdo de Gestión de Dispositivos para Tobii Dynavox SC Tablet y SC Pro Tablet

Algunos de los dispositivos que vende Tobii Dynavox están financiados por terceros pagadores, como Medicare, Medicaid y aseguradores privados. En algunos de esos casos, y para calificar para la financiación, se requiere que Tobii Dynavox restrinja las características de esos dispositivos financiados a "Generación de voz", y no a la funcionalidad de una computadora de propósito general.

Para calificar como un dispositivo financiable, la configuración de los dispositivos que suministra Tobii Dynavox se debe administrar de forma remota para excluir las aplicaciones de propósito general.

Usted, como receptor de un dispositivo pagado por una de estas agencias de financiamiento, debe aceptar que Tobii Dynavox administrará su dispositivo, o el dispositivo no se le podrá proporcionar.

Usted acepta que su dispositivo financiado se inscribirá en el servicio de administración de dispositivos Tobii Dynavox durante la vida útil del equipo.

Para configurar y mantener correctamente su dispositivo, es necesario que el dispositivo tenga acceso periódico a una red WiFi. **Usted acepta que podrá acceder a WiFi durante los siguientes períodos:**

- En la configuración inicial del dispositivo, se requiere que WiFi esté disponible para iniciar un dispositivo iOS.
- El sistema operativo y las actualizaciones de software se recomiendan regularmente. Estas actualizaciones requieren aproximadamente 1 hora de actualización a través de una red WiFi.
- Con el fin de desbloquear el dispositivo para hacer uso de aplicaciones de uso general. (El precio para desbloquear un dispositivo en el momento de este acuerdo es de \$ 25.00.
- Si necesita o desea instalar otras aplicaciones (según la aplicación y si su dispositivo está dedicado o no).

Este aviso, combinado con su pedido para comprar un tipo de dispositivo dedicado de generación de voz, Tobii Dynavox Speech Tablet, constituye su acuerdo con los términos de este acuerdo. Sin este acuerdo y la disponibilidad de servicios de red como se describe anteriormente, este tipo de dispositivo no está disponible para su compra como un dispositivo dedicado.

Acuerdo para: _____
Nombre de beneficiario

Reconozco los requisitos contenidos aquí y soy el beneficiario o estoy autorizado para firmar en nombre del beneficiario. Tendré acceso a una red WiFi como se requiere anteriormente y aceptaré designar a Tobii Dynavox para administrar la configuración de este dispositivo (sin cargo adicional más allá del precio de compra)

Nombre

Firma

Fecha

Aviso de Prácticas de Privacidad

(Mantener para sus registros)

Propósito

Para garantizar que todos los asociados cumplan con todas las regulaciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996 que se aplican a Tobii Dynavox.

El propósito de todos los asociados de Tobii Dynavox es garantizar que los estándares descritos en nuestro Aviso de prácticas de privacidad, en relación con nuestros clientes y clientes potenciales, se cumplan adecuadamente.

Responsabilidad

La administración de Tobii Dynavox tiene la responsabilidad general de implementar esta política y debe designar un oficial de privacidad para que sea responsable de la administración de esta política. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica protegida (PHI) y cómo puede obtener acceso a esta información.

Nuestro compromiso con su privacidad

Tobii Dynavox se dedica a mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI). Para nuestra actividad comercial, crearemos registros con respecto a usted y los servicios que le brindamos. La ley nos exige mantener la confidencialidad de la información de salud que le identifique. Asimismo, la ley nos exige que le proporcionemos este aviso acerca de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad concerniente a su información de salud protegida. De acuerdo a la ley, debemos seguir los términos del aviso de prácticas de privacidad que tengamos vigente en ese momento.

En resumen, este aviso le proporciona la siguiente información importante:

- Cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida.
- Sus derechos de privacidad en su información de salud protegida.
- Nuestras obligaciones concernientes al uso y divulgación de su información de salud protegida.

Los términos de este aviso se aplican a todos los registros que contengan su información de salud protegida creada o conservada por Tobii Dynavox. Nos reservamos el derecho a solicitar o modificar nuestro aviso de prácticas de privacidad. Cualquier modificación o modificación que se realice en este aviso será vigente para todos los registros que Tobii Dynavox haya creado o conservado en el pasado, y para cualquiera de sus registros que podamos crear o conservar en el futuro. Nuestra organización publicará una copia de nuestro aviso actual en nuestro sitio web www.tobiidynavox.com y usted puede solicitar una copia de nuestro aviso más reciente.

Si tiene alguna pregunta acerca de este aviso, contacte al:

Director responsable de la privacidad al (800) 344-1778 ext. 7800

Podemos usar y divulgar su información de salud de las siguientes formas:

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que se puede usar y divulgar su información de salud protegida.

- **Asistencia financiera:** - la información médica protegida se usa principalmente en Tobii Dynavox para ayudar a obtener Medicare, Medicaid o un seguro privado financiamiento para dispositivos
- **Divulgación de PHI a Guardianes, cuidadores, SLP y otros profesionales de la salud:** - Tobii Dynavox puede divulgar información médica protegida a personas autorizadas. Esto incluiría clientes, familiares de clientes, cuidadores, SLP, otros profesionales médicos y varias agencias de financiamiento, incluyendo Medicare, Medicaid y seguros privados,
- **Referencia al defensor de AAC** - el material se enviará a nuestro defensor de AAC según sea necesario para facilitar fuentes de financiamiento alternativas o apelar una decisión de denegación de financiamiento. Tobii Dynavox obtendrá una autorización por escrito de nuestros clientes para la divulgación de su información de salud protegida para este fin.
- **Revelaciones requeridas:** - Tobii Dynavox utilizará y divulgará su información de salud protegida cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.
- **Otros usos y divulgaciones-** otros usos y divulgaciones de su información de salud protegida por motivos no especificados anteriormente solo se harán con la autorización por escrito de una persona. La autorización escrita indicará:
 1. El propósito o motivo de la divulgación.
 2. La organización o la persona a la que se le divulga la información.
 3. El periodo de tiempo en que se usará la información.

Una persona tiene el derecho de revocar la autorización en cualquier momento al dar una notificación por escrito de dicha revocación.

Uso y divulgación de su información de salud protegida en circunstancias especiales:

▪ Riesgos de salud pública

Tobii Dynavox puede divulgar su información médica protegida a las autoridades de salud pública que estén autorizadas por ley para recopilar información con el fin de:

1. Mantener registros vitales, como nacimientos y defunciones.
2. Reportar abuso o negligencia infantil.
3. Notificar a las personas si un producto o dispositivo que pueden estar utilizando ha sido retirado del mercado.
4. Notificar a la(s) agencias gubernamental(es) y la(s) autoridad(es) apropiada(s) con respecto al posible abuso o negligencia de un paciente adulto (incluida la violencia doméstica); sin embargo, solo divulgaremos esta información si el cliente está de acuerdo o si la ley nos exige o autorizamos a divulgar esta información.

▪ Actividades de supervisión de la salud

Tobii Dynavox puede divulgar su información de salud protegida a una superintendencia de salud para actividades autorizadas por ley. Las actividades de supervisión pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, encuestas, licencia y acciones disciplinarias, procedimientos o acciones civiles, administrativas y penales u otras actividades necesarias para que el gobierno monitoree los programas del gobierno, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y el sistema de atención médica en general.

▪ Investigación

Tobii Dynavox puede divulgar su información de salud protegida a los investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para garantizar la privacidad o la eliminación de la identificación de su información de salud protegida.

▪ Juicios de procedimientos similares

Tobii Dynavox puede usar y divulgar su información médica protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa, si está involucrado en una demanda o en procedimientos similares. También podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una solicitud de descubrimiento, citación u otro proceso legal por parte de la otra parte involucrada en la disputa, pero solo si hemos hecho un esfuerzo para informarle de la solicitud u obtener una orden que proteja la información. La fiesta ha solicitado.

▪ Cumplimiento de la Ley

Tobii Dynavox puede divulgar información de salud protegida si así lo solicita la policía:

1. En relación con una víctima de un delito en ciertas situaciones, si no podemos obtener el acuerdo de la persona.
2. En respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso legal similar.
3. Para identificar / localizar a un sospechoso, testigo material, fugitivo o persona desaparecida.
4. En una emergencia, para denunciar un delito (incluida la - ubicación o víctima (s) del delito, o la descripción, identidad o ubicación del agresor).

▪ Militares

Tobii Dynavox puede divulgar su información de salud protegida si es un miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o de otro país (incluyendo los veteranos) y según lo requerido por las autoridades de comandancia militar correspondiente.

▪ Seguridad nacional

Tobii Dynavox puede divulgar su información de salud protegida a los funcionarios federales para propósitos de inteligencia y seguridad nacional que sean autorizados por ley. Asimismo, podemos divulgar su información de salud protegida a los funcionarios federales con el fin de proteger al Presidente, otros funcionarios o jefes de estado extranjeros o para llevar a cabo investigaciones según lo requerido por ley.

▪ Presos

Tobii Dynavox puede divulgar su información de salud protegida a las instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley si usted está preso(a) o bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley. La divulgación de estos propósitos sería necesaria para:

1. La institución que le proporciona servicios de atención médica.
2. La seguridad y la protección de la institución.
3. Protección de su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas.

▪ Compensación de Trabajadores

Tobii Dynavox puede divulgar su protección de salud protegida para el Seguro de Compensación para los Trabajadores y programas similares.

Sus derechos de privacidad con respecto a la información de salud protegida:

Usted tiene los siguientes derechos en relación a la información de salud protegida que conservamos de usted:

Comunicaciones confidenciales

Usted tiene el derecho de solicitar que Tobii Dynavox se comunique con usted sobre su salud y problemas relacionados de una manera particular o en un lugar determinado.

Restricciones de solicitud

Tiene derecho a solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información médica protegida para financiamiento, tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Además, tiene el derecho de solicitar que limitemos nuestra divulgación de su información de salud protegida a las personas involucradas en su atención o el pago de su atención, como los familiares y amigos. No estamos obligados a estar de acuerdo con tu petición; sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo, excepto cuando las leyes lo exijan o cuando la información sea necesaria para facilitar el financiamiento. Para solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su información médica protegida, debe hacer su solicitud por escrito a:

Chief Privacy Office
Tobii Dynavox
2100 Wharton Street, Suite 400
Pittsburgh PA, 15203

Debe describir su solicitud de una forma clara y concisa:

1. La información que desea restringir.
2. Si está solicitando limitar nuestro uso y divulgación, o ambos.
3. A quién desea que se le apliquen los límites para la inspección.

Inspección y copias

Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de la información médica protegida que se puede usar para tomar una decisión sobre usted, que incluye: información médica del cliente, información de fondos y registros de facturación. Debe enviar su solicitud por escrito al Director de Privacidad de Tobii Dynavox Chief como se indica anteriormente para inspeccionar y / o obtener una copia de su información de salud protegida. Tobii Dynavox puede cobrar una tarifa por el costo de copiado, envío, mano de obra y suministros asociados con su solicitud. Tobii Dynavox puede denegar su solicitud de inspección y / o copia en ciertas circunstancias limitadas.

Enmienda

Puede pedirle a Tobii Dynavox que modifique su información de salud si considera que es incorrecta o está incompleta, y puede solicitar una enmienda, mientras Tobii Dynavox guarde la información. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y presentarse a la Tobii Dynavox Chief Privacy Of Cer como se indica más arriba. Debe proporcionarnos un motivo que respalde su solicitud de modificación. Tobii Dynavox rechazará su solicitud si no envía la solicitud (y el motivo que respalda su solicitud) por escrito. Además, podemos rechazar su solicitud si nos solicita que enmendemos la información que es:

1. Inexacto e incompleto.
2. No es parte de la información de salud protegida conservada por o para Tobii Dynavox.
3. No forma parte de la información médica protegida que se le permitiría inspeccionar.
4. No está creado por Tobii Dynavox, a menos que la persona o entidad que creó la información no esté disponible para enmendar la información.

Contabilidad de Divulgaciones

Todos nuestros clientes tienen derecho a solicitar un "informe de divulgaciones". Un "recuento de divulgaciones" es una lista de ciertas divulgaciones que Tobii Dynavox ha hecho de su información de salud protegida. Para obtener un informe de las divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Director de Privacidad de Tobii Dynavox como se indica anteriormente. Todas las solicitudes de un "informe de divulgaciones" deben indicar un período de tiempo, que no puede durar más de seis años y no deben incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista que solicita dentro de un período de 12 meses es gratuita, pero Tobii Dynavox puede cobrarle por listas adicionales dentro del mismo período de 12 meses. Tobii Dynavox le notificará el costo involucrado con las solicitudes adicionales, y puede retirar su solicitud antes de incurrir en cualquier costo.

Derecho a una copia en papel de este aviso

Tiene derecho a recibir una copia en papel del Aviso de prácticas de privacidad de Tobii Dynavox. Puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia en papel de este aviso, comuníquese con el Jefe de Privacidad y Privacidad al (800) 344-1778 ext. 7800.

Derecho a presentar una queja

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Tobii Dynavox o el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, (202) 619-0257. Para presentar una queja con Tobii Dynavox, comuníquese con el Director de Privacidad y Privacidad al (800) 344-1778 ext. 7800. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. Una queja puede ser dirigida sin represalias de nadie en Tobii Dynavox o sus asociados.

Derecho a proporcionar una autorización para otros usos y divulgaciones

Tobii Dynavox obtendrá su autorización por escrito para usos y divulgaciones que no están identificadas por este aviso o permitidas por ley. Cualquier autorización que nos proporcione con respecto al uso y divulgación de su información médica protegida puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Después de que revoque su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica protegida por los motivos descritos en la autorización. Tenga en cuenta que estamos obligados a conservar los registros de su financiación y la información del dispositivo.

Derechos y Responsabilidades del Paciente

(Consérvelo para sus registros)

Derechos

- Estar completamente informado de antemano sobre el servicio / atención que se proporcionará, incluidas las disciplinas que brindan atención y la frecuencia de las visitas, así como cualquier modificación al plan de servicio / atención.
- Participar en el desarrollo y la revisión periódica del plan de atención médica/servicio.
- El consentimiento informado y el rechazo del servicio / cuidado o tratamiento después de las consecuencias del rechazo del servicio / cuidado o tratamiento son completamente presentado.
- Estar informado, tanto oralmente como por escrito, antes de la prestación del servicio / atención, de los cargos, incluido el pago del servicio / atención que se espera de terceros y cualquier cargo por el cual el cliente / paciente será responsable.
- Tener la propiedad y la persona tratadas con respeto, consideración y reconocimiento de la dignidad del cliente / paciente y la individualidad.
- Ser capaz de identificar a los miembros del personal visitante a través de una identificación adecuada.
- Expresar quejas / reclamos con respecto al tratamiento o la atención, la falta de respeto de la propiedad o los cambios recomendados en la política, el personal o el servicio / atención sin restricciones, interferencias, coerción, discriminación o represalia.

Las quejas o reclamos se pueden enviar por escrito a:

Complaint Department

Tobii Dynavox
2100 Wharton Street, Suite 400
Pittsburgh PA 15203

o

Office of Quality Monitoring The Joint Commission

One Renaissance Boulevard
Oakbrook Terrace, Illinois 60181
(800) 994-6610

- Tener quejas / reclamos sobre el tratamiento o la atención médica que está (o no se puede) proporcionar, o la falta de respeto de la propiedad investigada.
- Elegir un proveedor de atención médica.
- Con dencialidad y privacidad de toda la información contenida en el registro del cliente / paciente y de la Información de salud protegida.
- Ser informado sobre las políticas y procedimientos de la agencia con respecto a la divulgación de registros clínicos.
- Recibir el servicio / cuidado adecuado sin discriminación de acuerdo con las órdenes del médico.
- Ser informado de cualquier beneficio económico cuando se refiera a una organización.
- Estar completamente informado de las responsabilidades de uno, que se enumeran a continuación.
- Ser informado de las limitaciones de servicio / cuidado del proveedor.

Responsabilidades

- *Antes de recibir el proveedor del equipo, debe ser informado de cualquier cambio en la cobertura del seguro médico.
- *En el momento de la entrega, todos los equipos deben ser inspeccionados y cualquier problema o problema con los equipos debe informarse a la compañía dentro del período de devolución de 30 días. No se aceptarán devoluciones o cambios después del período de devolución de 30 días.
- *No habrá devoluciones de equipos pedidos a medida, como piezas de montaje de sillas de ruedas que no estén en inventario. Usted es responsable de proporcionarnos la información correcta sobre su fuente de pago y la capacidad de pago de su factura.
- *Conozca la cobertura de su plan de salud y las opciones del plan de salud (cuando estén disponibles), incluidos todos los beneficios, limitaciones y exclusiones cubiertos, las reglas sobre el uso de proveedores de la red, las reglas de cobertura y remisión, los procesos apropiados para obtener información adicional y el proceso para apelar las decisiones de cobertura.
- *El cliente / paciente es responsable de la información de la garantía y las fechas de vencimiento. Los recordatorios se pueden proporcionar únicamente como cortesía.

Estándares del Proveedor

(Mantener para sus registros)

Tobii Dynavox se adhiere a los siguientes estándares según lo requerido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid:

1. Un proveedor debe cumplir con todos los requisitos reglamentarios y de licencia federales y estatales aplicables y no puede contratar a una persona o entidad para proporcionar servicios con licencia.
2. Un proveedor debe proporcionar información completa y precisa sobre la aplicación del proveedor de DMEPOS. Cualquier cambio a esta información debe ser reportado al Centro Nacional de Información del Proveedor dentro de los 30 días.
3. Una persona autorizada (una cuya firma es vinculante) debe firmar la solicitud de privilegios de facturación.
4. Un proveedor debe completar los pedidos de su propio inventario, o debe contratar a otras compañías para la compra de los artículos necesarios para completar el pedido. Un proveedor no puede contratar con ninguna entidad que actualmente esté excluida del programa de Medicare, de ningún programa estatal de atención médica o de cualquier otro programa federal de adquisición o no.
5. Un proveedor debe informar a los beneficiarios que pueden alquilar o comprar equipos médicos duraderos de bajo costo o comprados de manera rutinaria, y sobre la opción de compra para equipos de alquiler con límite máximo.
6. Un proveedor debe notificar a los beneficiarios la cobertura de la garantía y respetar todas las garantías de acuerdo con las leyes estatales vigentes, y reparar o reemplazar de manera gratuita los artículos cubiertos por Medicare que están cubiertos por la garantía.
7. Un proveedor debe mantener una instalación física en un sitio apropiado. Esta norma requiere que la ubicación sea accesible al público y que cuente con personal durante las horas de trabajo publicadas. La ubicación debe ser de al menos 200 pies cuadrados y contener espacio para almacenar registros.
8. Un proveedor debe permitir que CMS, o sus agentes, realicen inspecciones in situ para verificar que el proveedor cumpla con estas normas. La ubicación del proveedor debe ser accesible para los beneficiarios durante horas hábiles razonables, y debe mantener una señal visible y horas de operación publicadas.
9. Un proveedor debe mantener un teléfono comercial principal que figura bajo el nombre de la empresa en un directorio local o un número gratuito disponible a través de la asistencia de directorio. Se prohíbe el uso exclusivo de un beeper, contestador automático, servicio de contestador o teléfono celular durante el horario comercial publicado.
10. Un proveedor debe tener un seguro de responsabilidad integral por un monto de al menos \$ 300,000 que cubra tanto el lugar de negocios del proveedor como a todos los clientes y empleados del proveedor. Si el proveedor fabrica sus propios artículos, este seguro también debe cubrir la responsabilidad del producto y las operaciones completadas.
11. Un proveedor debe aceptar no iniciar contacto telefónico con los beneficiarios, con algunas excepciones permitidas. Esta norma prohíbe que los proveedores se comuniquen con un beneficiario de Medicare por orden oral de un médico, a menos que se aplique una excepción.
12. Un proveedor es responsable de la entrega y debe instruir a los beneficiarios sobre el uso de los artículos cubiertos por Medicare, y mantener una prueba de entrega.
13. Un proveedor debe responder a las preguntas y responder a las quejas de los beneficiarios, y mantener la documentación de dichos contactos.
14. Un proveedor debe mantener y reemplazar sin cargo o reparar directamente, o mediante un contrato de servicio con otra compañía, los artículos cubiertos por Medicare que ha alquilado a los beneficiarios.
15. Un proveedor debe aceptar devoluciones de calidad inferior (inferior a la calidad total para el artículo en particular) o artículos inadecuados (inapropiados para el beneficiario en el momento en que se compraron, alquilaron o vendieron) de beneficiarios.
16. Un proveedor debe divulgar estos estándares de proveedores a cada beneficiario a quien le suministre un artículo cubierto por Medicare.
17. Un proveedor debe revelar al gobierno cualquier persona que tenga intereses de propiedad, financieros o de control en el proveedor.
18. Un proveedor no debe transmitir o reasignar un número de proveedor; es decir, el proveedor no puede vender o permitir que otra entidad use su número de facturación de Medicare.
19. Un proveedor debe tener establecido un protocolo de resolución de quejas. Para atender las quejas de los beneficiarios que se relacionan con estas normas. Se debe mantener un registro de estas quejas en la instalación física.
20. Los registros que cumplen con los requisitos deben incluir: el nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de reclamo de seguro de salud del beneficiario, un resumen de la queja y cualquier acción tomada para resolverla.
21. Un proveedor debe aceptar proporcionar a CMS cualquier información requerida por el estatuto de Medicare y los reglamentos de implementación.
22. Todos los proveedores deben estar acreditados por una organización de acreditación aprobada por CMS para recibir y retener un número de facturación del proveedor. La acreditación debe indicar los productos y servicios específicos, para los cuales el proveedor está acreditado para que el proveedor reciba el pago de esos productos y servicios específicos (a excepción de ciertos productos farmacéuticos exentos). Fecha de implementación - 1 de octubre de 2009
23. Todos los proveedores deben notificar a su organización de acreditación cuando se abra una nueva ubicación de DMEPOS.
24. Todas las ubicaciones de los proveedores, ya sean de propiedad o subcontratadas, deben cumplir con los estándares de calidad de DMEPOS y estar acreditadas por separado para facturar a Medicare.
25. Todos los proveedores deben divulgar, al momento de la inscripción, todos los productos y servicios, incluida la adición de nuevas líneas de productos para las cuales buscan acreditación.
26. Debe cumplir con los requisitos de garantía establecidos en 42 C.F.R. 424.57 (c). Fecha de implementación - 4 de mayo de 2009
27. Un proveedor debe obtener oxígeno de un proveedor de oxígeno con licencia estatal.
28. Un proveedor debe mantener la documentación de pedidos y referencias de acuerdo con las disposiciones que se encuentran en 42 C.F.R. 424.516 (f).
29. Los proveedores de DMEPOS tienen prohibido compartir una ubicación de práctica con 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

Nota: Esta es una versión resumida de los estándares del proveedor que cada proveedor de DMEPOS de Medicare debe cumplir para obtener y conservar sus privilegios de facturación. Estos estándares, en su totalidad, se listan en el 42 C.F.R. 424.57(c).

Política de devolución de 30 días

Todos los productos vendidos por Tobii Dynavox son respaldados por una política de devolución de 30 días. Todas las devoluciones requieren una autorización previa de la Administración de Tobii Dynavox dentro de los 30 días a partir de la fecha de envío del producto desde las instalaciones de Tobii Dynavox Pittsburgh, PA. Todas las devoluciones aprobadas deben correr por cuenta del Comprador y todos los artículos deben empacarse de forma adecuada según lo indicado por Tobii Dynavox. Tobii Dynavox no aceptará devoluciones de productos que no hayan sido debidamente aprobadas.

Esta política de 30 días no rige para las piezas ordenadas de manera especial. Todos los productos de Tobii Dynavox que no se consideren como inventariados son considerados como una orden especial y no se pueden devolver ni reembolsar, a menos que la Administración de Tobii Dynavox lo autorice expresamente. No se hará ninguna excepción.

Para devolver un dispositivo, debe contactarse con nosotros al 1-800-344-1778 opc. 2

Formulario de información sobre la garantía de los equipos

Cada dispositivo (incluido Eyemax) vendido por nuestra empresa tiene una garantía del fabricante de 1 año. Tobii Dynavox notificará a todos los clientes la cobertura de la garantía y cumpliremos con todas las garantías conforme a la ley aplicable.

Tobii Dynavox reparará o reemplazará, de forma gratuita, el equipo que está bajo garantía. Además, cuando esté disponible, se proporcionará a los clientes un manual del propietario con información sobre la garantía de todos los equipos médicos duraderos.

Preguntas frecuentes sobre requisitos

Recientemente, las compañías de seguros realizaron un cambio importante que requiere un examen personal con un beneficiario antes de recetar equipos médicos duraderos, como un dispositivo generador de voz (SGD). En Tobii Dynavox, sabemos lo difícil que puede ser mantenerse al día con los cambios en sus beneficios, por lo que contamos con un equipo de profesionales de financiamiento que se mantienen informados sobre asuntos que pueden afectar su capacidad para asegurar un SGD. A continuación hay algunas preguntas frecuentes básicas para responder las preguntas que pueda tener. Para leer más sobre lo que el seguro tiene que decir sobre este nuevo requisito cara a cara, visite: www.cms.gov

P: ¿Cuál es el requisito cara a cara?

R: Como condición para el pago, el seguro requiere que el médico documente un examen en persona con un beneficiario antes de recetar el Equipo médico duradero (DME). Los dispositivos generadores de voz se consideran DME y, por lo tanto, debe realizarse una visita reciente al médico dentro de los 6 meses posteriores a la fecha de prescripción del dispositivo de voz.

P: Recientemente tuve una visita al médico para la u. Esto debería satisfacer el requisito, ¿correcto?

R: Posiblemente. El requisito se cumpliría solo si el médico también examinara y / o discutiera el tratamiento para el diagnóstico que resultara en la necesidad del dispositivo para el habla. Por ejemplo, si su médico solo trató sus síntomas y no habló sobre la necesidad de un dispositivo para el habla, tendrá que organizar una visita aparte.

P: Por lo general veo a una enfermera practicante dentro de la práctica. ¿Necesito cambiar a un médico?

R: No. El seguro permite que el examen cara a cara sea realizado por una enfermera practicante, asistente médico o especialista en enfermería clínica.

P: Nunca he oído hablar de este requisito antes. Recibo otro equipo médico, y ninguna otra compañía ha mencionado esto. ¿Es esta una política de dispositivo de generación de voz solamente?

R: No, el requisito de cara a cara se aplica a otros artículos de DME, como camas de hospital, oxígeno, nebulizadores y sillas de ruedas.

P: Acabo de ver a mi especialista. ¿Realmente necesito volver con mi médico general?

R: There is no need to see your general doctor if your specialist examines you, makes notes in their records about the communication impairment, and writes the prescription. But if your specialist did not treat or examine you for the communication disorder, another visit will be needed.

P: Tengo una HMO a través de una compañía de seguros privada. ¿Este requisito se aplica a mí?

R: Tal vez. La mayoría de las aseguradoras comerciales tienen sus propios criterios de necesidad médica. Tobii Dynavox tiene un equipo de socios de financiamiento que revisan cada archivo para garantizar que los registros médicos cumplan con los criterios de su compañía de seguros. En este momento, la mayoría de las aseguradoras no requieren exámenes en persona. Para obtener la información más actualizada sobre los criterios de su plan de seguro, comuníquese con su compañía de seguros. P: ¿Cómo sabrás que el médico grabó mi última visita? ¿Llamará a mi médico o debo solicitar la documentación de mi médico? R: El formulario de prescripción de Tobii Dynavox contiene una sección para que el médico anote la fecha de su última visita. En la mayoría de los casos, el equipo de financiamiento en Tobii Dynavox también se pondrá en contacto con su médico al recibir su solicitud de financiamiento para confirmar que se cumplió con el requisito de cara a cara.

P: ¿Cómo sabrás que el médico grabó mi última visita? ¿Llamará a mi médico o debo solicitar la documentación de mi médico?

R: El formulario de prescripción de Tobii Dynavox contiene una sección para que el médico anote la fecha de su última visita. En la mayoría de los casos, el equipo de financiamiento en Tobii Dynavox también se pondrá en contacto con su médico al recibir su solicitud de financiamiento para confirmar que se cumplió con el requisito de cara a cara.