

**tobii**dynavox

# Paquete de financiamiento

Correo electrónico: [funding@tobiidynavox.com](mailto: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/](http://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](mailto: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 Medico del Estado (Si es aplicable)**

Número de seguro medico: \_\_\_\_\_

**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](mailto: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](http://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 presentados.
- 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 confidencialidad 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, alquilados 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](http://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.