

**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 - Tobii Dynavox

Este paquete ha sido diseñado para guiarle a través del proceso de financiamiento. Recomendamos que se designe una persona como la persona principal para que recopile y envíe los documentos a fin de ayudarlo a que su proceso de financiamiento se dé sin problemas. Esta persona puede ser un patólogo del habla, un familiar o un cuidador. La información faltante puede dar como resultado una demora en el proceso.

**Si se presenta algún cambio en la cobertura de su seguro antes de recibir el equipo, notifique al departamento de financiamiento lo más pronto posible.**

**Los Formularios Necesarios para el Paquete de Financiamiento (que se incluyen en el paquete y se listan a continuación) SE DEBEN llenar y enviar al Equipo de Atención al Cliente de Tobii Dynavox:**

- Formulario de Información del Cliente (CIF, por sus siglas en inglés)** (complete todas las tres páginas)
- Cotización del Equipo** (proporcionada por el representante local)
- El Formulario de Evaluación del Patólogo del Habla y del Lenguaje (SLP, por sus siglas en inglés)
- Acuerdo **de Divulgación y Asignación del Pago de los Beneficios de por vida**
- La Receta del Médico que liste el equipo recomendado, el diagnóstico y la fecha (se puede usar la receta/o la orden personal del médico en lugar de este formulario). (No se requiere para una prueba)
- Documento de los Términos y Condiciones del Acuerdo de Alquiler Limitado** llenado y firmado
- Acuerdo de Prueba** llenado y firmado (de ser aplicable, no se requiere para la compra)

Los Documentos requeridos (que no se proporcionan dentro del paquete) SE DEBEN incluir y enviar con los formularios del Paquete de Financiamiento listados arriba

- Copias claras y legibles del seguro, las tarjetas Medicaid o Medicare (de ambos lados)
- Evaluación de la Comunicación Aumentativa por un patólogo del habla que siga el protocolo de Medicare o Medicaid (si fuera aplicable)

Formularios de Medicaid del Estado (si fuera aplicable) [www.tobiidynavox.com/funding/documents/state-forms/](http://www.tobiidynavox.com/funding/documents/state-forms/)

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

Sírvase enviar el Paquete de Financiamiento completo a la dirección que se menciona a continuación, por fax al **866-336-2737** o 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**

# Tobii Dynavox - Formulario de Información del Cliente

(se debe completar y devolver)

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

¿Tiene actualmente o alguna vez ha tenido un dispositivo de comunicación?  Sí  No

Fecha de compra: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál fue/es la marca/modelo? \_\_\_\_\_

(Debe incluir al menos el mes y el año)

## 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: \_\_\_\_\_ N°. telefónico del domicilio: \_\_\_\_\_ N° de teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

N° de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Hombre  Mujer  Casado/a  Soltero/a

¿Es usted un/a estudiante?  Sí  No

¿Cuenta usted con un empleo?  Sí  No

Lugar actual de residencia:

Casa

Centro de asistencia (vivienda asistida)

Centro para personas con discapacidad

mental/de atención

intermedia

Centro de Atención

Especializada Programa para Atención de Enfermos  
Terminales Hogar Comunitario  
Hospital para pacientes internados

Nombre del Hogar Comunitario o del Centro \_\_\_\_\_ N°. 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: \_\_\_\_\_

¿Su diagnóstico es el resultado de un accidente?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha del accidente: \_\_\_\_\_

¿Tipo de accidente?  Laboral  Vehicular  Otros

## Sección 3: Contacto familiar/Tutor legal – El contacto familiar o tutor legal es la persona que es el contacto de emergencia o quien está proporcionando asistencia al cliente.

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ N°. telefónico del domicilio: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente:  Cónyuge  Padre de familia  Otros (sírvase especificar)

(Marque todas las opciones que apliquen)

Hijo/Hija

Apoderado Legal

Poder legal

N°. de teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

(Esta debe ser diferente del número de la casa del cliente)

Marque aquí si no hay un número diferente disponible

N°. de fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Sección 4: Patólogo del Habla y del Lenguaje (SLP)/Evaluador – El SLP es el médico especialista que realiza la evaluación del cliente y brinda un informe escrito.

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ N°. de teléfono del SLP: \_\_\_\_\_

N°. de teléfono alternativo del SLP: \_\_\_\_\_ N°. de fax alternativo del SLP: \_\_\_\_\_ N°. de fax del SLP: \_\_\_\_\_

Nombre del centro: \_\_\_\_\_ Número telefónico del centro: \_\_\_\_\_

Dirección comercial: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Apartado postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Nombre de contacto alternativo: \_\_\_\_\_

N°. de teléfono del centro: \_\_\_\_\_ Correo electrónico de contacto alternativo: \_\_\_\_\_

**Sección 5: Médico tratante** – El médico tratante debe ser el Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) requerido por su seguro (o Medicaid, de ser aplicable). Asegúrese que este PCP firme su receta.

Primer nombre del médico: \_\_\_\_\_ Apellido del médico: \_\_\_\_\_  
Nombre/Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Apartado postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Nº. del proveedor del médico de Medicaid: \_\_\_\_\_ Nº. de licencia del médico: \_\_\_\_\_ Nº. del Identificador de Proveedor Nacional (NPI) del médico: \_\_\_\_\_  
Nombre del Médico de Atención Primaria de Medicaid: \_\_\_\_\_ Nº. de teléfono: \_\_\_\_\_

**Sección 6: Seguro privado (de ser aplicable)**

**Debe contactar de inmediato al Departamento de Financiamiento de Tobii Dynavox si se presenta algún cambio en la cobertura médica de su seguro y debe enviar nuevas copias al Equipo de Atención al Cliente. SE DEBE LISTAR TODAS LAS COBERTURAS DE SEGUROS MÉDICOS**

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
Nº. de póliza: \_\_\_\_\_ Nº. de grupo: \_\_\_\_\_ Nº. de teléfono de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_  
Administrador/a del caso (de ser aplicable): \_\_\_\_\_ Nº. de teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Nº. de Seguro Social del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Relación con el cliente:  Mi persona  Cónyuge  Otros (sírvese especificar) Nº. de teléfono: \_\_\_\_\_ Nº. de Fax: \_\_\_\_\_  
 Padre de familia  Apoderado Legal \_\_\_\_\_

**Sección 7: Medicare (de ser aplicable)**

Nº. de Medicare: \_\_\_\_\_

**Sección 8: Medicaid (de ser aplicable)**

Nº de Medicaid: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Si cuenta con Managed Care Medicaid, incluya el nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Nº. de identificación: \_\_\_\_\_

**Sección 9: Otros seguros (vehicular/compensación para los trabajadores)**

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
Nº. de póliza: \_\_\_\_\_ Nº. de grupo: \_\_\_\_\_ Nº. de teléfono de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_  
Administrador/a del caso (de ser aplicable): \_\_\_\_\_ Nº. de teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Nº. de Seguro Social del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Relación con el cliente:  Mi  Cónyuge  Otros (sírvese especificar) Nº. de teléfono: \_\_\_\_\_ Nº. de fax: \_\_\_\_\_  
 Padre de familia  Apoderado Legal \_\_\_\_\_

**Sección 10: Financiamiento alternativo (MDA, etc.)**

Información de contacto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Sección 11: Información de envío

Nombre: \_\_\_\_\_ Organización (de ser aplicable): \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Tenga en consideración lo siguiente: No podemos enviar a un Apartado postal Los dispositivos financiados por Medicare se deben enviar a la dirección del domicilio del cliente.**

## Certificación del cliente

### Lea y marque la opción al lado de cada enunciado

- Confirmando que toda la información contenida en el presente documento es correcta y verdadera a mi mejor saber y entender. Asimismo entiendo que Tobii Dynavox usará la información proporcionada con el propósito de obtener financiamiento y por medio del presente documento autorizo a que Tobii Dynavox divulgue esta información según lo requerido por las fuentes de financiamiento mencionadas.
- Entiendo que es posible alquilar o comprar el equipo que me ha recetado el médico. La duración del alquiler será de acuerdo a la política de los fabricantes.
- Entiendo que si la cobertura de mi seguro requiere un acuerdo de alquiler limitado, quedaré sujeto a los Términos y Condiciones del Programa de Alquiler Limitado.

### Firma(s) de la/las persona(s) que llenan este formulario

1. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre y relación con el cliente (En letra imprenta)

2. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre y relación con el cliente (En letra imprenta)

Sírvase enviar el Paquete de Financiamiento llenado a la dirección de Pittsburgh que se menciona a continuación o por fax al **866-336-2737** o al correo electrónico [funding@tobiidynavox.com](mailto:funding@tobiidynavox.com)

### Tobii Dynavox

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

# Tobii Dynavox - Acuerdo de Divulgación y Asignación del Pago de los Beneficios de por vida

(se debe completar y devolver)

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo que sea necesaria para la determinación de los beneficios pagaderos por equipos y servicios y para el proceso de reclamos por parte de los Centros de Servicios de Medicaid y Medicare, mi compañía de seguros y otras entidades de seguro/médicas. Entiendo que, en ocasiones, se puede encontrar barreras para el reembolso o financiamiento. Tobii Dynavox trabaja en conjunto con Centros para la Ley de Discapacidad (Disability Law Centers) en nombre de los clientes para superar estas barreras y garantizar que se obtenga el financiamiento. Por medio del presente, autorizo a Tobii Dynavox, si fuera necesario, a divulgar información relacionada con mis reclamos de financiamiento a estos Centros para la Ley de Discapacidad.

Autorizo a que se efectúe el pago de los beneficios del seguro, incluyendo Medicare si fuera aplicable, a mi persona o en mi nombre a Tobii Dynavox para la provisión de cualquier tipo de equipo o servicio. Si en caso recibiera el pago directamente de la compañía de seguros, acepto remitir el cheque y la "Explicación de los Beneficios" a Tobii Dynavox dentro de los 10 días de recepción del mismo. Entiendo que el cheque y la explicación se otorgarán a Tobii Dynavox con el fin de acreditar mi cuenta. Si no cumplo con proporcionar esta información, entiendo que se me responsabilizará por el pago total de todos los equipos y servicios que hayan sido proporcionados por Tobii Dynavox.

Entiendo que soy responsable financieramente ante Tobii Dynavox en cuanto a los gastos no cubiertos por los beneficios de atención médica. Acepto notificar a Tobii Dynavox de cualquier cambio que se produzca en mi cobertura de seguro de atención médica. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba el reclamo. Entiendo que soy responsable del monto total de la factura o saldo de la misma según lo determine Tobii Dynavox y/o mi compañía aseguradora de atención médica si se deniega el pago de los reclamos enviados, o alguna parte de los mismos.

Entiendo que al firmar este formulario, acepto la responsabilidad financiera según lo explicado anteriormente de todos los pagos por los productos recibidos. NO SE APLICA A LOS CASOS EN QUE MEDICARE DETERMINA QUE EL SALDO ES OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA O PARA LOS RECEPTORES DE MEDICAID.

He leído y entendido la Política de Devolución de 30 días de Tobii Dynavox, los Derechos y Deberes del Paciente (que incluye el proceso de presentar un reclamo o queja a la Compañía), los Estándares del Proveedor Tobii Dynavox, de acuerdo a DMEPOS y el Aviso de Prácticas de Privacidad de Tobii Dynavox.

Marque si el cliente actualmente está recibiendo atención para enfermos terminales.  Marque si el cliente se encuentra actualmente en un centro de atención de enfermería especializada

Nombre del cliente (Usuario): \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza si es diferente al del cliente: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social del titular de la póliza si es diferente al del cliente: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza si es diferente a la del cliente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**\*\*\*\*\*Para que sea válido, el formulario tiene que presentar la firma y fecha en la parte inferior\*\*\*\*\***

Cliente/Persona asegurada/Apoderado legal/Poder legal

(se acepta una marca con la firma del testigo): \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

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

Firma del testigo (válida solo con la marca del cliente): \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

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

**PHYSICIAN PRESCRIPTION**

<b><i>Patient Information</i></b>	<b><i>Order Date:</i></b> _____
Patient Name: _____ Date of birth: _____	
Insurance ID: _____ Address: _____	

<b><i>Clinical information</i></b>
Medical Diagnosis: _____
Communication Diagnosis: _____
Length of Need:    Lifetime <input type="checkbox"/> Other: _____
Prognosis: Good with use of Speech Generating Device <input type="checkbox"/> Other: _____
Date of last Face-to-face visit (must be within last 6 months): _____

***Equipment Prescribed***

Equipment Description	Quantity

***Mount needed: (circle one)    Yes    NO***

<b><i>Physician Information:</i></b>	
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 necessary to achieve the functional communication goals for this patient as noted in the SLP’s treatment plan.	
Physician’s Printed Name: _____ NPI: _____	
Medicaid ID: _____ Phone: _____	
Address: _____	
<b><i>Physician Signature:</i></b> _____	<b><i>Date:</i></b> _____
<i>Signature/Date stamps are not permitted</i>	

# Tobii Dynavox - Aviso de Prácticas de Privacidad

(Consérvelo para sus registros)

## Propósito

Asegurar que todos los asociados sigan la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996 que aplica a Tobii Dynavox.

Es el propósito de todos los asociados de Tobii Dynavox garantizar que se sigan apropiadamente los estándares descritos en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, en relación a nuestros clientes y potenciales clientes.

## Responsabilidad

La administración de Tobii Dynavox tiene la responsabilidad general de implementar esta política y debe designar un Funcionario de Privacidad para que sea responsable de la administración de esta política. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y cómo usted puede tener 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 para financiamiento** - En Tobii Dynavox la información de salud protegida se usa principalmente para ayudar a conseguir financiamiento de Medicare, Medicaid o de seguros privados para dispositivos y soluciones de comunicación aumentativa avanzada (AAC, por sus siglas en inglés) o Dispositivos Generadores del Habla (SGD, por sus siglas en inglés).
- **Divulgación de la PHI a los Tutores, Cuidadores, SLP y otros Profesionales de Atención Médica** - Tobii Dynavox puede divulgar la información de salud protegida a personas autorizadas. Esto incluye a clientes, parientes de clientes, cuidadores, SLP, otros profesionales médicos y varias agencias de financiamiento incluyendo a Medicare, Medicaid y seguros privados.
- **Derivaciones al Defensor de AAC** - El material se enviará a nuestro defensor de AAC según lo requerido para facilitar fuentes de financiamiento alternas o la apelación a una denegación de una determinación de financiamiento. Tobii Dynavox obtendrá una autorización por escrito de nuestros clientes para la divulgación de su información de salud protegida para este propósito.
- **Divulgación obligatoria** - Tobii Dynavox usará y divulgará su información de salud protegida cuando lo exija la ley local, estatal o federal.
- **Otros tipos de uso y divulgación** - Otros tipos de uso y divulgación de su información de salud protegida por motivos no especificados anteriormente solo se hará con la autorización por escrito de la persona. La autorización por escrito 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 a revocar la autorización en cualquier momento con tan solo enviar 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 de salud protegida a las autoridades de salud pública que tengan autorización legal para recopilar información para

los propósitos de:

1. Mantenimiento de los registros demográficos, tales como nacimientos y fallecimientos.
2. Denuncia de abuso o negligencia infantil.
3. Notificación a las personas si un producto o dispositivo que puedan estar usando ha sido retirado del mercado.
4. Notificación a las agencias y autoridades gubernamentales correspondientes en relación al potencial abuso o negligencia de un paciente adulto (incluyendo violencia doméstica); sin embargo, solo divulgaremos esta información si el cliente lo acepta o si la ley exige o autoriza la divulgación de 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.

### ▪ Demandas de Procedimientos Similares

Tobii Dynavox puede usar y divulgar su información de salud protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa, si se le involucra en una demanda o procedimiento similar. Asimismo, podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una solicitud de presentación de pruebas, citatorio u otro proceso legal realizado por terceras partes involucradas en la disputa, pero solo si nos hemos esforzado en informarle de la solicitud u obtener una orden que proteja la información que la parte ha solicitado.

### ▪ Cumplimiento de la Ley

Tobii Dynavox puede divulgar información de salud protegida si un funcionario encargado de hacer cumplir la ley así lo solicita:

1. Con respecto a la víctima de un delito en ciertas situaciones, si no podemos obtener la aceptación de la persona.
2. En respuesta a una orden judicial, citación, resolución judicial, citatorio o proceso legal similar.
3. Para identificar o ubicar un sospechoso, testigo material, fugitivo o persona desaparecida.
4. En una emergencia, para denunciar un delito (incluyendo la ubicación o la(s) víctima(s) del delito, o la descripción, identidad o ubicación del perpetrador).

### ▪ 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.

### ▪ Seguro de Compensación para los 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 derecho a solicitar que Tobii Dynavox se comunique con usted acerca de asuntos médicos y otros relacionados de una manera en particular o en cierto lugar.

### ▪ Solicitud de restricciones

Tiene derecho a solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su información de salud protegida para los fines de financiamiento, tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Además, tiene el derecho a solicitar que limitemos nuestra divulgación de nuestra información de salud protegida a las personas involucradas en su atención médica o el pago de la misma, como familiares y amigos. No tenemos que aceptar su solicitud; sin embargo, si lo hacemos, estamos vinculados por nuestro acuerdo a excepción que la ley determine lo contrario o cuando la información sea necesaria para facilitar el financiamiento. Con el fin de solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su información de salud protegida, debe hacer una 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

Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información de salud protegida que se pueda usar para tomar una decisión acerca de usted, incluyendo la información médica del cliente, la información de financiamiento y los registros de facturación. Debe enviar su solicitud por escrito al Director responsable de la privacidad de Tobii Dynavox según lo indicado anteriormente a fin de que se inspeccione y/u obtenga una copia de su información de salud protegida. Tobii Dynavox puede cobrarle una tarifa por el costo de las copias, correo, trámites y suministros relacionados con su solicitud. Tobii Dynavox puede denegar su solicitud a inspeccionar y/o hacer una copia en ciertas circunstancias limitadas.

### ▪ Modificación

Puede solicitar a Tobii Dynavox que modifique su información de salud si cree que es incorrecta o incompleta, y puede solicitar una modificación siempre que Tobii Dynavox conserve la información. Para solicitar una modificación, debe hacer una solicitud por escrito y enviarla al Director responsable de la privacidad de Tobii Dynavox según lo indicado anteriormente. Debe darnos un motivo que respalde su solicitud de modificación. Tobii Dynavox denegará su solicitud si no cumple con enviar la solicitud (y el motivo que respalde su solicitud) por escrito.

Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita la modificación de información que:

1. Sea inexacta e incompleta.
2. No sea parte de la información de salud protegida conservada por o para Tobii Dynavox.
3. No sea parte de la información de salud protegida que se le permitiría inspeccionar.
4. No sea generada por Tobii Dynavox, a menos que la persona o entidad que creó la información no se encuentre disponible para modificar la información.

### ▪ Explicación de las divulgaciones

Todos nuestros clientes tienen el derecho a solicitar una "explicación de las divulgaciones". Una "explicación de las divulgaciones" es una lista de ciertas divulgaciones de su información de salud protegida que Tobii Dynavox ha realizado. Para obtener una explicación de las divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Director responsable de la privacidad de Tobii Dynavox según lo indicado anteriormente. Todas las solicitudes de una "explicación de las divulgaciones" deben especificar el periodo de tiempo, el cual no puede ser mayor de seis años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite dentro de un periodo de 12 meses se encuentra libre de cargos, pero Tobii Dynavox puede cobrarle por las listas adicionales dentro del mismo periodo de 12 meses. Tobii Dynavox le notificará el costo en el que se incurra por las solicitudes adicionales, y puede retirar su solicitud antes de que eso suceda.

### ▪ El derecho a una copia impresa de este aviso

Tiene derecho a recibir una copia impresa del Aviso de Prácticas de Privacidad de Tobii Dynavox. Puede solicitarnos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia impresa de este aviso, póngase en contacto con el Director responsable de la privacidad al (800) 344-1778 ext. 7800.

### ▪ El derecho a presentar una queja

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, debe presentar una queja a Tobii Dynavox o a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos al (202) 619-0257. Para presentar una queja a Tobii Dynavox, póngase en contacto con el Director responsable de la privacidad al (800) 344-1778 ext. 7800. Todas las quejas deben enviarse por escrito. Se puede presentar una queja sin que se dé una represalia por parte del personal de Tobii Dynavox o sus asociados.

### ▪ El derecho a brindar una autorización para otros usos y divulgaciones

Tobii Dynavox le pedirá su autorización por escrito para los usos y las divulgaciones que no se identifiquen en este aviso o para aquellos permitidos por la ley aplicable. Cualquier autorización que nos proporcione con respecto al uso y la divulgación de su información de salud protegida puede ser revocada por escrito en cualquier momento. Después de revocar su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud protegida por los motivos descritos en la autorización. Tenga en cuenta que se nos exige conservar los registros de la información relacionada al financiamiento y el dispositivo.

# Tobii Dynavox - Derechos y Responsabilidades del Paciente

(Consérvelo para sus registros)

## Derechos

- Estar bien informado por adelantado del servicio/atención que se le va a brindar, incluyendo las disciplinas que proporcionan cuidados y la frecuencia de las visitas, así como las modificaciones realizadas en el plan de atención médica/servicio.
- Participar en el desarrollo y la revisión periódica del plan de atención médica/servicio.
- El consentimiento informado y la negativa a la atención médica/servicio o tratamiento después de presentar en su totalidad las consecuencias de la negativa de la atención médica/servicio o tratamiento.
- Estar informado, tanto en forma oral como escrita, por adelantado del servicio/atención médica que se le brinda, de los cargos, incluyendo el pago por la atención médica/servicio que se espera de terceras partes y cualquier cargo por el que el cliente/paciente será responsable.
- Ser tratado y tratar las posesiones con respecto, consideración y reconocimiento de la dignidad e individualidad del cliente/paciente.
- Poder identificar a los miembros de personal que hacen visitas a través de la identificación correspondiente.
- Expresar sus reclamos/quejas con respecto al tratamiento o atención médica, falta de respeto de la propiedad o cambios recomendados en la política, personal, o servicio/atención médica sin restricción, interferencia, 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

- Solicitar que se investiguen los reclamos/quejas con respecto al tratamiento o atención médica que se suministre (o no se suministre) o la falta de respeto en cuanto a las posesiones.
- Elegir un proveedor de atención médica.
- Confidencialidad y privacidad de toda la información contenida en el archivo del cliente/paciente y de la Información de Salud Protegida.
- Ser informado de las políticas y procedimientos de la agencia con respecto a la divulgación de los archivos clínicos.
- Recibir el servicio/la atención médica apropiada sin discriminación de acuerdo con las indicaciones del médico.
- Ser informado de cualquier beneficio financiero cuando lo derivan a una organización.
- Estar bien informado de sus propias responsabilidades, que se listan a continuación.
- Estar informado de las limitaciones de la atención médica/servicio.

## Responsabilidades

- Antes de la recepción del equipo, se debe informar al proveedor de cualquier cambio en la cobertura del seguro médico.
- Tras la entrega, se debe inspeccionar todo el equipo e informar a la compañía sobre cualquier problema o inconveniente con el equipo dentro del periodo de devolución de 30 días. No se aceptarán devoluciones o cambios después del periodo de devolución de 30 días.
- No habrá devoluciones de equipos solicitados por encargo tal como partes de montaje de sillas de ruedas que ya no estén en existencias. Usted es responsable de proporcionar la información correcta sobre su fuente de pago y la capacidad de pagar su factura.
- Tener conocimiento acerca de la cobertura de su plan de salud y las opciones del plan de salud (cuando estén disponibles) incluyendo todos los beneficios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones, las reglas con respecto al uso de proveedores de la red, las reglas de coberturas y derivaciones y los procesos apropiados para apelar las decisiones de cobertura.
- El cliente/paciente es responsable de la información de la garantía y las fechas de expiración. Se pueden brindar recordatorios como cortesía solamente.

# Tobii Dynavox - Estándares del Proveedor

(Consérvelos para sus registros)

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

1. El proveedor debe cumplir con todas las licencias y requisitos reglamentarios estatales y federales vigentes y no puede contratar con un individuo o entidad para brindar servicios certificados.
2. El proveedor debe brindar información completa y exacta en la aplicación del proveedor de Equipos Médicos Duraderos, Prostéticos, Ortopédicos y Suministros (DMEPOS, por sus siglas en inglés). Cualquier cambio en esta información se debe denunciar a National Supplier Clearinghouse dentro de 30 días.
3. Una persona autorizada (una cuya firma sea vinculante) debe firmar la solicitud para los privilegios de facturación.
4. El proveedor debe llenar órdenes de su propio inventario, o debe contratar a otra compañía para la compra de los artículos necesarios para completar la orden. El proveedor no puede contratar ninguna entidad que actualmente esté excluida del programa Medicare, ningún programa de atención de salud del estado o ningún otro programa federal de adquisiciones o no adquisiciones.
5. El proveedor debe notificar a los beneficiarios que pueden alquilar o comprar equipos médico duraderos económicos o adquiridos con frecuencia y que tienen la opción del equipo de alquiler limitado.
6. El proveedor debe notificar a los beneficiarios de la cobertura de la garantía y respetar todas las garantías bajo la ley estatal vigente, y debe reparar o reemplazar libre de cargo los artículos cubiertos por Medicare que se encuentren bajo garantía.
7. El proveedor debe mantener una ubicación física en un sitio apropiado. Esta norma requiere que la ubicación sea accesible al público y al personal durante las horas de operación. La ubicación debe ser de al menos 200 pies cuadrados y tener espacio para el almacenamiento de registros.
8. El proveedor debe permitir que un CMS o sus agentes lleven a cabo inspecciones en el lugar para determinar si el proveedor está cumpliendo con estos estándares. La ubicación del proveedor debe ser accesible para los beneficiarios dentro de un horario de operación razonable, y debe mantener un letrero visible y publicar las horas de operación.
9. El proveedor debe mantener un teléfono comercial principal listado bajo el nombre del negocio en un directorio local o un número de llamada directa gratuita disponible a través de la asistencia del directorio. Está prohibido el uso exclusivo de un mensáfono, máquina contestadora, servicio de respuestas o teléfono celular durante las horas de operación.
10. El proveedor debe tener un seguro de responsabilidad civil de \$300,000 que cubra tanto el lugar comercial 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 civil por productos defectuosos y de responsabilidad de operaciones completas.
11. El proveedor debe aceptar no iniciar un contacto telefónico con los beneficiarios, con algunas excepciones permitidas. Este estándar prohíbe que los proveedores tengan contacto con un beneficiario de Medicare en base a la orden verbal de un médico, a menos que aplique una excepción.
12. El proveedor es responsable de la entrega y debe instruir a los beneficiarios sobre el uso de los artículos cubiertos por Medicare y conservar un comprobante de la entrega.
13. El proveedor debe responder preguntas y atender las quejas de los beneficiarios, así como mantener documentación de dichos contactos.
14. El proveedor debe mantener y reemplazar sin costo alguno o reparar directamente, o a través de un contrato de servicio con otra compañía, los artículos cubiertos por Medicare que ha alquilado a los beneficiarios.
15. El proveedor debe aceptar devoluciones de artículos subestándar (que no cumplen con la calidad para un artículo en particular) o inadecuados (inapropiados para el beneficiario al momento que se le ajustó, se alquiló o vendió) que provengan de los beneficiarios.
16. El proveedor debe divulgar estos estándares del proveedor a cada beneficiario que se le suministra un artículo cubierto por Medicare.
17. El proveedor debe divulgar al gobierno sobre cualquier persona que posee algún interés de propiedad, financiero o de control con el proveedor.
18. El 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. El proveedor debe tener un protocolo de resolución de quejas establecido para tratar las quejas del beneficiario que se relacionen con estos estándares. Se debe mantener un registro de estas quejas en la ubicación física.
20. Los registros de quejas deben incluir: el nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de reclamo del seguro de salud del beneficiario, un resumen de la queja y toda acción que se haya tomado para resolverla.
21. El proveedor debe aceptar brindarle a CMS cualquier información solicitada por los estatutos y las reglamentaciones de implementación de Medicare.
22. Todos los proveedores deben ser acreditados por una organización de acreditación aprobada por CMS para recibir y conservar un número de facturación del proveedor. La acreditación debe indicar los productos y servicios específicos, por los que el proveedor ha sido acreditado con el fin que el proveedor reciba los pagos de esos productos y servicios específicos (exceptuando a ciertas farmacéuticas a las que se exime). Fecha de implementación -1 de octubre de 2009
23. Todos los proveedores deben notificar a su organización de acreditación cuando se abre una ubicación nueva de DMEPOS.
24. Todas las ubicaciones del proveedor, ya sean propias o subcontratadas, deben cumplir con los estándares de calidad de DMEPOS y ser acreditadas por separado para facturar a Medicare.
25. Todos los proveedores deben divulgar tras la inscripción todos los productos y servicios, incluyendo la adición de nuevas líneas de productos para los que están buscando acreditación.
26. Debe cumplir con los requerimientos de la garantía de cumplimiento de obligaciones contractuales especificadas en el 42 C.F.R. 424.57(c). Fecha de implementación - 4 de mayo de 2009
27. El proveedor debe obtener oxígeno de un proveedor de oxígeno con licencia del estado.
28. El proveedor debe mantener la documentación de las órdenes y de referencias de acuerdo a las disposiciones halladas en el 42 C.F.R. 424.516(f).
29. Los proveedores de DMEPOS tienen prohibido compartir una ubicación de práctica con otros proveedores de Medicare.
30. Los proveedores de DMEPOS deben permanecer abiertos al público durante 30 horas por semana como mínimo 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 compañía viene con una garantía del fabricante que tiene la duración de 1 año. Tobii Dynavox notificará a todos los clientes sobre la cobertura de la garantía, y respetará todas las garantías que se encuentren bajo la legislación vigente.

Tobii Dynavox reparará o reemplazará, sin cargo alguno, el equipo que se encuentre bajo el periodo de garantía. Además, en la medida de su disponibilidad, se proporcionará a los clientes un manual del usuario con información sobre la garantía para todos los equipos médicos duraderos.

# Preguntas frecuentes sobre los requisitos de la modalidad presencial

Recientemente, las compañías de seguros hicieron un cambio importante que requería una examen presencial con el beneficiario antes de recetar un Equipo Médico Duradero tal como un Dispositivo Generador del Habla (SGD). En Tobii Dynavox, sabemos cuán difícil es estar al tanto de los cambios en sus beneficios; por ese motivo, tenemos un equipo de profesionales para financiamiento que le mantienen informado sobre asuntos que puedan tener un impacto en su capacidad para asegurar un SGD. A continuación presentamos algunas preguntas frecuentes que responderán las dudas que pueda tener. Infórmese más acerca de lo que el seguro tiene que decir acerca de este nuevo requisito de examen presencial, visitando: [www.cms.gov](http://www.cms.gov)

**P:** ¿Qué es el requisito de examen presencial?

**R:** Como una condición de pago, el seguro exige que un médico documente un examen presencial con un beneficiario antes de emitir una receta para un Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés). Los Dispositivos Generadores del Habla se consideran DME, y por lo tanto, una visita reciente del médico se debe registrar en el expediente dentro de los 6 meses de la fecha de emisión de receta para un Dispositivo Generador del Habla.

**P:** Recientemente tuve una visita al médico por un resfriado. ¿Esta situación podría cumplir con el requisito, correcto?

**R:** Posiblemente. Se cumpliría el requisito solo si el médico también examina y/o analiza el tratamiento para el diagnóstico que da como resultado la necesidad de usar un dispositivo para el habla. Por ejemplo, si un médico solo trata los síntomas de su resfriado y no analiza la necesidad de un dispositivo para el habla, usted tendrá que programar una visita al consultorio por separado.

**P:** En la práctica generalmente me atiende un Enfermero/a Certificado/a. ¿Es necesario que haga un cambio y me atienda un médico?

**R:** No. El seguro permite que el examen presencial lo realicen los enfermeros certificados, los asistentes médicos o los especialistas en enfermería clínica.

**P:** Nunca antes había escuchado acerca de este requisito. He recibido otros equipos médicos y ninguna otra compañía ha mencionado esto. ¿Esta solo es una política para los Dispositivos Generadores del Habla?

**R:** No, el requisito de examen presencial aplica a otros artículos de DME que incluyen camas de hospital, oxígeno, nebulizadores y sillas de ruedas.

**P:** Acabo de ser atendido por un especialista. ¿Realmente debo regresar para que me atienda mi médico general?

**R:** No hay necesidad de que su médico general le atienda si su especialista le examina y anota en sus registros el trastorno del habla y emite una receta. Pero si su especialista no le trata o examina por el trastorno del habla, será necesaria otra visita.

**P:** Cuento con un HMO a través de una compañía privada de seguros. ¿Este requisito también se aplica a mi persona?

**R:** Tal vez. La mayoría de compañías aseguradoras comerciales tienen sus propios criterios de necesidad médica. Tobii Dynavox tiene un equipo de asociados de financiamiento que revisan cada archivo para garantizar que los registros médicos cumplan con los criterios de su compañía de seguros. En la actualidad, la mayoría de compañías aseguradoras no requieren un examen presencial. Para obtener información más actualizada sobre los criterios de su plan de seguros, sírvase contactar a su compañía de seguros.

**P:** ¿Cómo sabrán que el médico registró mi última cita? ¿Llamarán a mi médico o tengo que pedir al personal de consultorio de mi médico que me proporcione la documentación?

**R:** El formulario de emisión de recetas de Tobii Dynavox contiene una sección para que el médico anote la fecha de su última cita. En la mayoría de casos, el equipo de financiamiento de Tobii Dynavox también contactará a su médico cuando reciba su solicitud de financiamiento para confirmar que se cumplió con el requisito de examen presencial.

# Alquiler Limitado – Términos y Condiciones

---

A continuación se indican los términos y condiciones que aplican al alquiler de equipos de Tobii Dynavox. Al aceptar el equipo proporcionado por Tobii Dynavox bajo el presente acuerdo, la persona infrascrita ha aceptado y está de acuerdo con estos términos y condiciones. No se aceptará ninguna modificación en el presente acuerdo. El equipo mencionado en el presente documento incluirá los componentes asociados al "kit" del dispositivo señalados en la lista de empaque.

---

## Provisión del equipo

1. Tobii Dynavox se reserva el derecho a brindarle un equipo nuevo o usado para los fines de un alquiler limitado.
2. Tobii Dynavox tiene el derecho a limitar o discontinuar el uso de una línea de productos para el programa de Alquiler Limitado. Cualquier producto que tenga un acuerdo activo de alquiler en ese momento continuará recibiendo soporte hasta la conclusión del periodo de alquiler del producto.

## Propiedad

1. Todos los equipos en alquiler son propiedad de Tobii Dynavox y recibirán mantenimiento hasta que se haya recibido los pagos de alquiler por los 13 meses. Después de haber recibido el último pago, el bien se transferirá al beneficiario.
2. El beneficiario no hará ningún cambio, adición, modificación o mejora al hardware y solo lo usará para el propósito y uso previsto por Tobii Dynavox.
3. El beneficiario no puede permitir que otra persona use el equipo.

## Reparaciones

1. Tobii Dynavox, a su cuenta y riesgo, dará mantenimiento de rutina a todos los equipos y se esforzará en reparar o reemplazar cualquier artículo del equipo que esté defectuoso durante el periodo de alquiler. En el caso que un artículo del equipo no opere apropiadamente, el beneficiario notificará a Tobii Dynavox de inmediato, tras observar el malfuncionamiento, y solicitará instrucciones antes de tomar alguna medida para su arreglo o antes de devolvernos el artículo.
2. Si un beneficiario necesita enviar un dispositivo a Tobii Dynavox para su reparación, se harán todos los esfuerzos para conservar cualquier información personal. Sin embargo, Tobii Dynavox no es responsable por ninguna pérdida de datos que se pueda haber producido como resultado de la reparación realizada.

## Términos de pago

1. Los montos de copago son responsabilidad del beneficiario. El copago vence al principio de cada ciclo mensual y se retirará automáticamente de acuerdo a las condiciones acordadas antes del envío. Los pagos adeudados están sujetos a las actividades de cobranza.
2. Tobii Dynavox se reserva el derecho a cambiar los términos de crédito de alquileres posteriores en cualquier momento cuando así lo justifiquen las condiciones financieras o los registros de pago anteriores del beneficiario.
3. Tobii Dynavox se reserva el derecho a denegar los servicios de un beneficiario si, en base al historial previo o servicio duplicado que se haya brindado anteriormente, un acuerdo de alquiler podría dar como resultado una pérdida financiera para la compañía.

### Política de envío

El equipo de alquiler se enviará sin cargo alguno, siempre y cuando el beneficiario sea elegible para el alquiler a través de las coberturas de su seguro. Se brindará etiquetas de envío para cuando se necesite hacer una reparación o devolución durante el proceso de alquiler.

### Cambio en el estado/Incumplimiento en el servicio

1. Si el beneficiario cambia su dirección (domicilio u otros), condición médica, necesidad de equipo o cobertura de seguro durante el ciclo de alquiler de 13 meses, el beneficiario debe contactar a Tobii Dynavox de inmediato. En el caso que este cambio resulte en una pérdida de reembolso, es posible Tobii Dynavox necesite cobrar el equipo alquilado.
2. Si se notifica al beneficiario que es necesario devolver el equipo y el beneficiario no cumple con ello, el saldo adeudado del Ciclo de Alquiler Limitado se trasladará al beneficiario para el cobro correspondiente.

### Cumplimiento

Tobii Dynavox se reserva el derecho a deshabilitar temporalmente el software del dispositivo si no se cumple con los términos y condiciones del acuerdo de alquiler limitado.

**Al firmar a continuación, confirmo que he leído y entendido los términos y condiciones del alquiler limitado indicados anteriormente.**

Nombre del cliente (en letra imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del cliente/Persona asegurada/Apoderado legal/Poder legal: \_\_\_\_\_

Relación con el beneficiario (si no es el mismo): \_\_\_\_\_

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



# Preguntas frecuentes acerca del alquiler limitado de SGD

El 1 de abril de 2014, Medicare cambió la forma de pago para sus Dispositivos Generadores del Habla (SGD, por sus siglas en inglés). Medicare ya no efectuará el pago completo de los SDG como una compra para su beneficiario. En lugar de eso, pagará por el alquiler de los SGD durante un periodo de 13 meses, luego del cual el receptor de Medicare se hará propietario del SGD. Este nuevo proceso para los Dispositivos Generadores del Habla se denomina Alquiler Limitado.

**1. ¿En comparación con la compra qué otra documentación médica se requiere para el Alquiler Limitado?**

Toda la información requerida es la misma tanto para la Compra como para el Alquiler Limitado. La documentación requerida incluye el Formulario de Información del Cliente, el Acuerdo de Divulgación y Asignación del Pago de los Beneficios de por vida, el Informe de evaluación del habla y la Receta emitida por un médico.

**2. Si el beneficiario alquila un dispositivo y se muda, ¿se necesita una nueva evaluación u otra documentación?**

No se necesita documentación nueva. Póngase en contacto con Tobii Dynavox de inmediato para actualizar la dirección en el expediente, así como cualquier otra información que pueda haber cambiado.

**3. ¿Qué sucede si el beneficiario es admitido en un centro de enfermería de atención especializada u hospital, o comienza a recibir servicios de atención para pacientes terminales?**

Tobii Dynavox llamará al contacto del caso para verificar que el equipo continúe siendo médicamente necesario, el beneficiario permanezca elegible para la cobertura y el beneficiario permanezca en un lugar de servicio elegible. Si el lugar del servicio ha cambiado, contáctese con Tobii Dynavox de inmediato al 800-344-1778 de modo que podamos determinar cómo proseguir.

**4. ¿Qué sucede si una persona fallece o ya no necesita el dispositivo antes de la finalización del ciclo de alquiler?**

Se tendrá que devolver el dispositivo. Póngase en contacto con Tobii Dynavox al 800-344-1778.

**5. ¿Cada beneficiario recibirá un dispositivo nuevo al comienzo del periodo de alquiler?**

Se puede brindar equipo usado, pero el proveedor es financieramente responsable de todas las reparaciones de ese equipo durante el periodo de alquiler limitado y la regla de tiempo de vida útil de 5 años aplica al beneficiario independientemente de la antigüedad del equipo.

**6. ¿Qué debe hacer un beneficiario si su dispositivo alquilado no funciona apropiadamente?**

Sírvase llamar a nuestro departamento de servicio técnico al 800-344-1778, es opcional para resolver su problema. Puede ser necesario que tenga que enviarnos el dispositivo.

**7. ¿Se conservará el contenido almacenado si un dispositivo ingresa para una reparación?**

Posiblemente no. Si se envía un dispositivo diferente para reemplazar el dispositivo dañado, dicho reemplazo no tendrá el contenido del dispositivo anterior. Si nos es posible reparar la unidad existente de una manera oportuna, entonces el contenido permanecerá en el dispositivo. Recomendamos que realice una copia de respaldo de las páginas de comunicación en [mytobiidynavox.com](http://mytobiidynavox.com) (Tobii Dynavox Compass). El contenido también se puede guardar en un dispositivo de almacenamiento extraíble (todos los productos).

**8. ¿El beneficiario puede realizar el copago de los 13 meses de alquiler por adelantado?**

No, el copago se debe cobrar mensualmente. Un representante de Tobii Dynavox le llamará para recordarle que efectúe el copago mensual antes del inicio del nuevo mes de alquiler.

**9. ¿Un seguro secundario cubrirá el monto de copago del beneficiario?**

Es posible. Es probable que cada seguro procese los reclamos de manera diferente en base a la información de beneficios que se especifica en su plan. Este asunto se verificará antes de la iniciación de un acuerdo de alquiler.