

## Paquete de solicitud/financiamiento de prueba del dispositivo.

### Introducción

Gracias por incluir Lincare AAC® para la prueba de su dispositivo. Estamos emocionados de asociarnos con usted y haremos todo lo que esté a nuestro alcance para que el proceso sea lo más sencillo posible. Para facilitar esto, por favor complete este paquete de manera precisa y completa, con toda la documentación necesaria incluida. La información faltante, incorrecta o incompleta provocará retrasos en la tramitación. A continuación, se incluyen algunas instrucciones básicas sobre las piezas clave del paquete de financiación, así como una lista de verificación para guiarlo en su recorrido. Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia, comuníquese con nosotros usando la información de contacto en la página siguiente.

La solicitud de prueba del dispositivo es el primer paso del proceso. Una vez que su prueba sea exitosa, puede enviar las páginas 9 a 23, que son la información restante y la documentación necesaria para solicitar un dispositivo a su fuente de financiamiento.

### Cómo llenar este formulario

Complete la información dentro de este paquete de manera precisa y completa, incluyendo toda la documentación necesaria. Este paquete se puede completar de una de dos maneras:

**Impreso:** Imprima todas las páginas, complete el paquete, fírmelo y luego envíe por correo electrónico o por fax el paquete junto con la documentación requerida. (Instrucciones de envío en la página siguiente).

**Formulario PDF:** Este paquete se puede completar en una computadora o tableta (como un iPad). Debe utilizar un programa que admita formularios. Adobe Acrobat Reader es un programa de PDF gratuito que está disponible para todos los sistemas operativos y es el único programa confirmado que funciona con estos formularios. Es posible que otras aplicaciones de PDF no sean compatibles. Si tiene alguna pregunta sobre la compatibilidad, póngase en contacto con nosotros.

## Instrucciones de firma para formularios PDF

Después de completar este paquete, imprima todo el paquete, firme los formularios correspondientes y vuelva a escanearlos para enviarlos, a menos que envíe la documentación por fax.

## Instrucciones de envío

**Correo electrónico** envíe toda la documentación requerida en un correo electrónico a

[NHCOrders@lincare.com](mailto:NHCOrders@lincare.com)

**Fax** envíe toda la documentación necesaria al **928.556.0709**.

Una vez que se reciba y verifique el paquete, se procesará la solicitud de financiamiento.

Aunque Lincare AAC® mantiene un entorno de datos seguro para la información electrónica, incluidos los mensajes de correo electrónico, no podemos garantizar la seguridad de ninguna información, incluida la información personal o protegida por la HIPAA, transmitida a través de un programa de terceros para correo electrónico (como Google, AOL, AT&T, Verizon y otros).

## Información de Contacto y Soporte

El equipo Lincare AAC está aquí para apoyarlo en todo lo que podamos. Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta.

**Correo electrónico:** [devicetrial@lincareaac.com](mailto:devicetrial@lincareaac.com)

**Teléfono:** 877.893.5305 (de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m. AZ MST)

**En línea:** [lincareaac.com](http://lincareaac.com)

# Lista de verificación de solicitud de prueba de dispositivo.

## Formulario de solicitud de prueba del dispositivo:

- Completado
- Adjunto

## Formulario de selección de prueba de dispositivo:

- Completado
- Adjunto

## Formulario de consentimiento de divulgación:

- Completado
- Adjunto

## Acuerdo de préstamo del equipo:

- Completado
- Adjunto

## Copias de todas las tarjetas de seguro:

- Adjunto (copias claras del anverso y reverso de todas las tarjetas)

## Documentos de Poder de Abogado:

- Adjunto (obligatorio si firma un poder de abogado)

# Formulario de solicitud de prueba del dispositivo.

## Sección 1: Información del cliente

Nombre (nombre y apellido): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Pronombres preferidos (opcional): \_\_\_\_\_ ID de cliente (solo para uso interno): \_\_\_\_\_

Responsable legal/Persona de contacto (si corresponde)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tipo de número de teléfono de contacto principal:  Hogar/oficina  Móvil

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Extensión/Interno: \_\_\_\_\_

Tipo de número de teléfono de contacto secundario:  Hogar/oficina  Móvil

Número de teléfono móvil secundario: \_\_\_\_\_ Extensión/Interno: \_\_\_\_\_

Domicilio particular: \_\_\_\_\_

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

La dirección de envío es la misma que la dirección de residencia. No podemos hacer envíos a un apartado postal y los dispositivos financiados por Medicare deben enviarse a la dirección de residencia del paciente. (Pase a "Lugar de residencia").

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

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

Domicilio particular:

Hogar  Centro de atención de custodia  Instalación de vida asistida  Hogar grupal

Establecimientos de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual  Centro de enfermería especializada  Hospicio

Otro: \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido anteriormente un dispositivo de comunicación?  Sí  No

## Sección 2: Información de diagnóstico del cliente (Incluir códigos ICD-10)

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de comunicación: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

¿El diagnóstico es el resultado de un accidente?  Sí  No Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

Tipo de accidente: \_\_\_\_\_

**Sección 3: Información del patólogo del habla y el lenguaje**

Nombre (nombre y apellido): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Dirección del centro: \_\_\_\_\_

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

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Extensión/Interno \_\_\_\_\_  Oficina  MóvilTeléfono secundario: \_\_\_\_\_ Extensión/Interno: \_\_\_\_\_  Oficina  Móvil

Fax: \_\_\_\_\_

Estado y número de licencia: \_\_\_\_\_ Número ASHA: \_\_\_\_\_

**Sección 4: Información del seguro**

Marque y complete solo las secciones que correspondan. Complete la dirección solamente si es diferente de la del cliente.

 Número de identificación de Medicare: \_\_\_\_\_¿Atención administrada por Medicare?  Sí  No Número de identificación de Medicaid: \_\_\_\_\_¿Atención administrada por Medicaid?  Sí  No

Nombre de la organización de atención administrada: \_\_\_\_\_

 Nombre de la compañía de seguros principal: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Dirección del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

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

 Nombre de la compañía de seguros secundaria: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Dirección del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

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

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

ID de cliente (solo para uso interno): \_\_\_\_\_

# Hoja de selección de dispositivos de prueba.

## Dispositivo de la serie Expression

Expression Micro       Expression Mini       Expression Classic       Expression Supreme

## Sistemas de mirada

Comuníquese con el patólogo evaluador del habla y el lenguaje para identificar un dispositivo de prueba.

Método preferido (todos los que correspondan):  Correo electrónico    Teléfono principal

Teléfono secundario

## Aplicaciones de comunicación solicitadas

Enumere todas las aplicaciones solicitadas para el período de prueba.

---



---



---



---

## Montura/accesorios

Incluir un soporte de mesa para el dispositivo de prueba.

Comuníquese con el patólogo del habla para coordinar los accesorios solicitados, como botones o interruptores.

Método preferido (todos los que correspondan):  Correo electrónico    Teléfono principal

Teléfono secundario

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

ID de cliente (solo para uso interno): \_\_\_\_\_

# Formulario de consentimiento de divulgación.

ID de cliente (solo para uso interno): \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

## Este formulario se conservará en su expediente médico.

De conformidad con los Reglamentos de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), las leyes estatales vigentes y nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, la Compañía tiene la obligación de mantener la privacidad de su información de salud protegida.

Para que podamos proteger mejor su privacidad, su información de salud y la información de su cuenta para tratamiento médico, será compartida con aquellas personas que usted elija para tal fin.

La(s) persona(s) a la(s) que autorizo a recibir esta información pueden usar mi información médica y de cuenta para tratamiento médico, facturación o pago de reclamos, u otros fines que yo indique. Por medio del presente, autorizo a las siguientes personas a recibir mensajes verbales o escritos de la Compañía, que pueden incluir información sobre mi salud o mi cuenta:

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Autorizo a la Compañía a dejar mensajes de voz relacionados con la información de mi salud (es decir, resultados de exámenes, citas/visitas, etc.) en el siguiente número: \_\_\_\_\_

Esta autorización estará vigente hasta (marque uno):

Mis servicios han concluido y la facturación está resuelta; o

\_\_\_\_\_ (una fecha o evento específico), momento en el cual vence esta autorización.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. El alcance de esta autorización es el siguiente (marque uno):

Autorizo la divulgación de mi expediente médico completo (incluidos los expedientes relacionados con la atención de salud mental, las enfermedades transmisibles, VIH o SIDA y el tratamiento por abuso de alcohol o drogas); o

Autorizo la divulgación de mi expediente médico completo con la excepción de la siguiente información (marque todo lo que elija excluir, si corresponde):

Registros de salud mental  Enfermedades transmisibles (incluido VIH y SIDA)  Tratamiento por abuso de alcohol/drogas

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

El paciente debe completar y firmar este acuse de recibo. Si el paciente no puede firmar este formulario de consentimiento, lo puede completar y firmar el apoderado del paciente.

Firma del paciente o del apoderado del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente o del apoderado del paciente en letra imprenta: \_\_\_\_\_

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

**Para uso exclusivo de la oficina.** Intenté obtener el consentimiento por escrito para divulgación de información de salud protegida, pero no se pudo obtener por los siguientes motivos:  El individuo se negó a firmar  Las barreras de comunicación prohibieron obtener reconocimiento

Una situación de emergencia nos impidió obtener el consentimiento

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

## Acuerdo de préstamo de equipo.

Este ACUERDO DE PRÉSTAMO DE EQUIPO ("Acuerdo") se realiza a partir de la fecha de la última firma a continuación entre RCS Management Corp que realiza negocios como Lincare AAC ("Lincare AAC") y \_\_\_\_\_ ("Prestatario"), con dirección en \_\_\_\_\_.

Lincare AAC y el Prestatario pueden ser mencionados colectivamente en este Acuerdo como las "Partes" o cada uno individualmente como una "Parte".

- Equipos.** Sujeto a todos los términos y condiciones de este Acuerdo, Lincare AAC prestará al Prestatario el equipo especificado en el Anexo A adjunto (el "Equipo"). Al final del Plazo, el Prestatario devolverá el Equipo en su estado original, excepto por el uso y desgaste normal. El Equipo debe utilizarse únicamente para el uso permitido que se indica a continuación.
- Plazo y Terminación.** El plazo ("Plazo") de este Acuerdo será de treinta (180) días a partir del \_\_\_\_\_. Las partes podrán prorrogar el plazo por un período más de treinta (180) días; pero en ningún caso el plazo será mayor a sesenta (1) días, a menos que lo requieran específicamente las regulaciones. Cualquiera de las Partes puede rescindir este Acuerdo en cualquier momento mediante un aviso por escrito de 15 días a la otra Parte. Además, Lincare AAC puede rescindir este Acuerdo de inmediato en caso de que el Prestatario no cumpla con cualquiera de los términos y condiciones de este Acuerdo.
- Uso permitido.** El Equipo se utilizará únicamente como dispositivo de prueba y no se utilizará para la evaluación de un paciente concreto ni se proporcionará como dispositivo permanente a un paciente concreto. El Prestatario declara a Lincare AAC que el Prestatario y/o su personal tienen la licencia y la calificación adecuadas para realizar dichas pruebas utilizando el Equipo.
- Responsabilidad por pérdida o daño.** El Prestatario mantendrá el Equipo libre de todo reclamo, embargo, gravamen y procesos legales de todo tipo. El Prestatario no quitará del Equipo ninguna plantilla, placa, etiqueta, marca, marca comercial u otros indicios de propiedad que identifiquen a Lincare AAC. El Prestatario es responsable de cualquier pérdida o daño al Equipo desde el momento en que toma posesión del mismo hasta que lo devuelve a Lincare AAC. Lincare AAC le cobrará al Prestatario el valor total del Equipo por cualquier Equipo perdido o dañado. El Equipo se considerará perdido si no se devuelve a Lincare AAC dentro de los treinta (30) días posteriores a la terminación de este Acuerdo, y al Prestatario se le cobrará el valor total del Equipo.
- Indemnización.** Lincare AAC no representa ni garantiza el Equipo mientras el Prestatario lo esté utilizando. El Prestatario acepta todos los riesgos para sí mismo y para los terceros que puedan resultar o surgir de la posesión o el uso del Equipo y acepta indemnizar y mantener indemne a Lincare AAC, sus funcionarios, agentes y empleados de todas las pérdidas, costos y gastos que surjan de cualquier responsabilidad o reclamo de responsabilidad por daños a personas o propiedades, que surjan de su posesión o uso del Equipo.
- Cesión.** Este Acuerdo es personal y el Prestatario no podrá ceder este Acuerdo, ni ningún privilegio otorgado en virtud del presente sin el consentimiento previo por escrito de Lincare AAC.
- Disposiciones varias.** La interpretación y el cumplimiento de este Acuerdo se regirán por las leyes del Estado de Florida, sin dar efecto a sus disposiciones sobre conflictos de leyes. Ninguna enmienda o modificación de este Acuerdo, o renuncia a los términos o condiciones del mismo, será vinculante para ninguna de las partes, a menos que sea aprobado por escrito por un representante autorizado de dicha parte.

EN FE DE LO CUAL, Lincare AAC y el Prestatario han ejecutado este Acuerdo a partir de la fecha de la última firma a continuación, como lo indican las firmas de sus representantes autorizados.

### Prestatario:

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

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

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

Nombre impreso del paciente al que se hace referencia en el Párrafo n.º 3: \_\_\_\_\_

### RCS Management Corp (solo para uso interno):

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

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

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

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

ID de cliente (solo para uso interno): \_\_\_\_\_



# Instrucciones de financiación.

## Introducción

Nos complace que su prueba haya sido un éxito y que haya identificado un dispositivo adecuado para su cliente. Las páginas restantes le guiarán a través del resto del proceso necesario para completar la solicitud de financiación. Su cliente puede quedarse con el dispositivo de prueba hasta que reciba su dispositivo financiado para que pueda seguir aprendiendo y comunicándose durante el proceso de financiación.

## Requisitos de identificación de Apple

Lincare AAC® puede crear un ID de Apple para facilitar la distribución de las aplicaciones de comunicación prescritas. Se incluye un acuerdo para los términos de uso del ID de Apple que debe firmarse para enviar la financiación.

## Número de teléfono de confianza

Apple requiere un "Número de teléfono de confianza" para su medida de seguridad de autenticación de dos factores. Puede ser un número de teléfono de casa, oficina o móvil. Además, debe ser un número de teléfono al que pueda acceder fácilmente, ya que puede usarse para verificar la autenticidad del usuario. Este es un requisito de Apple y Lincare AAC no tiene control sobre él.

**Nota importante:** El siguiente formulario le pedirá que seleccione qué número de teléfono desea que sea su número de teléfono de confianza y debe seleccionar uno. Es posible que reciba un código de confirmación en su número de teléfono de confianza antes de recibir su dispositivo. Esto es parte del proceso de configuración y no se requiere ninguna acción de su parte; por favor, ignórelo.

## Instrucciones de envío

**Correo electrónico** envíe toda la documentación requerida en un correo electrónico a [NHCOrders@lincare.com](mailto:NHCOrders@lincare.com)

**Fax** envíe toda la documentación necesaria al **928.556.0709**.

Una vez que se reciba y verifique el paquete, se procesará la solicitud de financiamiento.

Aunque Lincare AAC mantiene un entorno de datos seguro para la información electrónica, incluidos los mensajes de correo electrónico, no podemos garantizar la seguridad de ninguna información, incluida la información personal o protegida por la HIPAA, transmitida a través de un programa de terceros para correo electrónico (como Google, AOL, AT&T, Verizon y otros).

## Información de Contacto y Soporte

El equipo Lincare AAC está aquí para apoyarlo en todo lo que podamos. Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta.

**Correo electrónico:** [devicetrial@lincareaac.com](mailto:devicetrial@lincareaac.com)

**Teléfono:** 877.893.5305 (de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m. AZ MST)

**En línea:** [lincareaac.com](http://lincareaac.com)

# Lista de verificación de la solicitud de financiación posterior a la prueba.

## Acuerdo y consentimiento del paciente:

- Completado
- Adjunto

## Liberación de por vida/ Cesión de beneficios/ Acuerdo de pago:

- Completado
- Adjunto

## Política de creación y uso del ID de Apple:

- Completado
- Adjunto

## Prescripción DME del dispositivo generador de voz (de este paquete o 'prescripción propia del médico):

- Completado
- Adjunto

## Evaluación del patólogo del habla (redactada utilizando los criterios de evaluación del SGD incluidos en este paquete):

- Adjunto

## Copias de todas las tarjetas de seguro (copias claras del anverso y reverso de todas las tarjetas):

- Adjunto

## Notas de examen presencial del médico (si corresponde):

- Adjunto

## Formulario estatal de Medicaid (si corresponde):

- Adjunto

## Documentación del Poder de Abogado (obligatorio si firma un poder de abogado):

- Adjunto

# Solicitud de financiación posterior a la prueba.

## Sección 1: información de contacto/cliente

Nombre (nombre y apellido): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Pronombres preferidos (opcional): \_\_\_\_\_ ID de cliente (solo para uso interno): \_\_\_\_\_

**La información del cliente no ha cambiado desde el formulario de solicitud de prueba. (Pase a la sección 2).**

**He actualizado la información nueva o modificada a continuación.**

Responsable legal/Persona de contacto (si corresponde)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tipo de número de teléfono de contacto principal:  Hogar/oficina  Móvil

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Extensión/Interno: \_\_\_\_\_

Tipo de número de teléfono de contacto secundario:  Hogar/oficina  Móvil

Número de teléfono secundario: \_\_\_\_\_ Extensión/Interno: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de confianza:  Usar número de teléfono principal  Usar número de teléfono secundario

Domicilio particular: \_\_\_\_\_

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

La dirección de envío es la misma que la dirección de residencia. No podemos hacer envíos a una casilla de correo postal. Los dispositivos financiados por Medicare deben enviarse a la dirección de residencia del paciente. (Pase a "Lugar de residencia").

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

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

Domicilio particular:

Hogar  Centro de atención de custodia  Instalación de vida asistida  Hogar grupal

Establecimientos de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual

Centro de enfermería especializada  Hospicio

Otro: \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido anteriormente un dispositivo de comunicación?  Sí  No

## Sección 2: Información de diagnóstico del cliente (incluir códigos ICD-10)

**La información de diagnóstico del cliente no ha cambiado. (Pase a la sección 3).**

**He actualizado la información nueva o modificada a continuación.**

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de comunicación: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

¿El diagnóstico es el resultado de un accidente?  Sí  No Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

Tipo de accidente: \_\_\_\_\_

### Sección 3: Información del patólogo del habla y el lenguaje

La información del patólogo del habla y el lenguaje no ha cambiado. (Pase a la sección 4).

He actualizado la información nueva o modificada a continuación.

Nombre (nombre y apellido): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Dirección del centro: \_\_\_\_\_

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

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Extensión/Interno: \_\_\_\_\_  Oficina  Móvil

Teléfono secundario: \_\_\_\_\_ Extensión/Interno: \_\_\_\_\_  Oficina  Móvil

Fax: \_\_\_\_\_

Estado y número de licencia: \_\_\_\_\_ Número ASHA: \_\_\_\_\_

### Sección 4: Información del seguro

La información del seguro no ha cambiado. (Pase a la sección 5).

He actualizado la información nueva o modificada a continuación.

Marque y complete solo las secciones que correspondan. Complete la dirección solamente si es diferente de la del cliente.

Número de identificación de Medicare: \_\_\_\_\_ ¿Atención administrada por Medicare?  Sí  No

Número de identificación de Medicaid: \_\_\_\_\_ ¿Atención administrada por Medicaid?  Sí  No

Nombre de la organización de atención administrada: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros principal: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Dirección del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

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

Nombre de la compañía de seguros secundaria: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Dirección del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

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

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

ID de cliente (solo para uso interno): \_\_\_\_\_

### Sección 5: Información del médico tratante

**Nota: La sección 5 es nueva. Por favor complete toda la sección.**

Nombre (nombre y apellido): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del consultorio: \_\_\_\_\_

Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_

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

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Extensión/Interno: \_\_\_\_\_  Oficina  Móvil

Teléfono secundario: \_\_\_\_\_ Extensión/Interno: \_\_\_\_\_  Oficina  Móvil

Fax: \_\_\_\_\_ Número de licencia: \_\_\_\_\_

Número NPI: \_\_\_\_\_ Número de proveedor de Medicaid (si corresponde): \_\_\_\_\_

### Sección 6: Recomendaciones de equipos

**Nota: La sección 6 es nueva. Por favor complete toda la sección.**

---



---



---



---



---

### Sección 7: Firma

**Nota: La sección 7 es nueva. Por favor revise y firme el siguiente reconocimiento.**

Verifico que toda la información incluida en este documento es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada se utilizará con el fin de obtener financiación y por la presente doy permiso para divulgar esta información según lo requieran las fuentes de financiación enumeradas.

Entiendo que puedo alquilar o comprar el equipo que me ha prescrito mi médico. La duración del arrendamiento se ajustará a la política del fabricante. Entiendo que si la cobertura de mi seguro requiere un alquiler limitado, estaré sujeto a los términos y condiciones del programa de alquiler limitado.

Firma del cliente, padre, tutor legal, apoderado o representante legal:

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

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

ID de cliente (solo para uso interno): \_\_\_\_\_

# Acuerdo y consentimiento del paciente.

Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_

Tipo de equipo DME y suministros: **DISPOSITIVO GENERADOR DE VOZ** Fecha de entrada en vigencia: \_\_\_\_\_

## Solicitud de productos, equipos, suministros, servicios

El suscrito, que es el paciente mencionado anteriormente ("Paciente"), y su tutor o representante del beneficiario, entiende que al firmar este Acuerdo y consentimiento del paciente, el suscrito desea alquilar o comprar, en carácter de Paciente o en nombre del Paciente, ciertos equipos médicos, productos, suministros, medicamentos prescritos o servicios asociados (conjuntamente, en la medida vigente, los "Artículos") del PROVEEDOR y sus afiliados.

## Reconocimiento de la responsabilidad médica y consentimiento informado

El suscrito, en carácter de Paciente o en nombre del Paciente, entiende que (1) el Paciente está bajo la supervisión y el control de un médico tratante; (2) el médico del Paciente ha prescrito los Artículos anotados como parte del tratamiento del Paciente; (3) los servicios del PROVEEDOR no incluyen funciones de diagnóstico, prescriptivas u otras que normalmente realizan los médicos; y (4) el médico del Paciente es el único responsable de diagnosticar y prescribir los Artículos u otras terapias para la afección del Paciente y, de otro modo, de controlar la atención médica del Paciente. El suscrito, en carácter de Paciente o en nombre del Paciente, ha sido informado por el médico del Paciente de los posibles riesgos aumentados asociados con la atención domiciliaria, incluidos los posibles retrasos en recibir tratamiento por afecciones potencialmente mortales como resultado de estar fuera del entorno hospitalario. El suscrito, en carácter de Paciente o en nombre del Paciente, ha analizado sus inquietudes con el médico del Paciente y todas las preguntas asociadas han sido respondidas a su entera satisfacción.

## Confirmación de recibo y acuerdo para contactar

El suscrito, en carácter de Paciente o en nombre del Paciente, confirma haber recibido una copia de cada uno de los siguientes documentos. (1) la Declaración del Proveedor de DMEPOS de Medicare; (2) Aviso de Prácticas de Privacidad del PROVEEDOR; (3) la Declaración de Derechos del Paciente; y (4) las Responsabilidades del Paciente. El suscrito, en carácter de Paciente o en nombre del Paciente, acuerda que el Paciente sea contactado por el PROVEEDOR y sus afiliados mediante los números de Teléfono o direcciones de correo electrónico especificados en este documento o brindados por el suscrito o el Paciente en el futuro.

## Consentimiento para la divulgación de información de salud para tratamiento, pago y operaciones de atención médica

El que suscribe, como tal o en nombre del Paciente, autoriza (1) a la(s) aseguradora(s) del Paciente y a cualquier otro tercero(s) pagador(es) que proporcione(n) cobertura al Paciente, a divulgar al PROVEEDOR la información mínima necesaria para facilitar el pago al PROVEEDOR por los artículos suministrados al Paciente, incluyendo, pero sin limitarse a, (A) el pago realizado por dicho(s) pagador(es) al Paciente, al abajo firmante, o a cualquier otra persona o entidad por los Artículos suministrados por el PROVEEDOR al Paciente; y (B) el alcance y extensión de la cobertura del Paciente de vez en cuando; (2) todo el personal médico involucrado en el tratamiento del Paciente a revelar al PROVEEDOR cualquier y toda la información relativa a la historia clínica del Paciente y la condición, ya que puede relacionarse con los Artículos o el tratamiento proporcionado al Paciente por el PROVEEDOR; (3) a cualquier poseedor de información médica sobre el Paciente (incluyendo al PROVEEDOR) a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (o cualquier agencia sucesora) y sus agentes, a cualquiera de los terceros pagadores del Paciente incluyendo, sin limitación, Medicare, Medicaid, CHAMPUS, Tricare, u otros pagadores públicos o privados, y al PROVEEDOR, cualquier información necesaria (sujeta a los requisitos "mínimos necesarios", según corresponda) (A) para determinar los beneficios aplicables y la calificación para el reembolso de los Artículos suministrados por el PROVEEDOR al Paciente; (B) para procesar reclamos por Artículos suministrados por el PROVEEDOR al Paciente; y/o (C) para llevar a cabo actividades de cumplimiento de atención médica (incluyendo auditorías previas y posteriores al pago) y revisiones de garantía de calidad y utilización. El suscrito, en carácter de Paciente o en nombre del

**El suscrito certifica que él/ella (1) es el Paciente o está debidamente autorizado para ejecutar este Acuerdo y Consentimiento del Paciente y acepta sus términos como tal o en nombre del Paciente y (2) ha leído lo anterior y comprende y acepta los términos del mismo como tal o en nombre del Paciente.**

Gerente de área: **GINA SINGER** Teléfono: **877.893.5305**

Paciente, tutor o representante autorizado: \_\_\_\_\_ Autoridad para firmar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección del representante autorizado: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para ser contactado

El Paciente da su consentimiento para recibir llamadas, correos electrónicos y textos del PROVEEDOR y sus afiliados relacionados con la cuenta del Paciente, ofertas especiales del PROVEEDOR y sus afiliados, y mensajes publicitarios y de telemarketing, que se realizan a través de sistemas de marcación telefónica automática o una voz artificial o pregrabada en el número de teléfono y la dirección de correo electrónico proporcionados anteriormente. Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos. La firma de este consentimiento NO es una condición para recibir servicios o equipos, o una condición para comprar propiedad, bienes o servicios del PROVEEDOR. El suscrito confirma que el número de teléfono y/o la dirección de correo electrónico proporcionados anteriormente son verdaderos y correctos y pertenecen al Paciente. Acepto notificar al PROVEEDOR por escrito en caso de que cambie mi dirección de correo electrónico o número de teléfono.

Firma del paciente/representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Autorización de Comercialización HIPAA

Por la presente autorizo al PROVEEDOR a usar y divulgar mi información de contacto e historial de pedidos para enviarme comunicaciones de mercadeo sobre productos o servicios en los que podría estar interesado. Esta autorización vencerá 15 meses después de la última fecha en que el PROVEEDOR proporcione productos y/o servicios, o en cualquier momento en que yo decida revocar esta Autorización llamando a Lincare AAC al 623.259.3558 o al 877.893.5305. El PROVEEDOR puede no condicionar su recepción de servicios o equipos en función de si usted elige firmar esta Autorización. Las divulgaciones para este propósito solo se realizarán a las imprentas/casas de correo contratadas por el PROVEEDOR, y no a los socios fabricantes. Reconozco que el PROVEEDOR puede recibir una remuneración financiera de un afiliado o fabricante cuyo producto o servicio se comercializa. Por ley, estamos obligados a notificarle que la información divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y, por lo tanto, ya no estará protegida por la HIPAA.

Firma del paciente/representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Paciente, por la presente autoriza a sus proveedores de atención médica y pagadores a confiar en este "Consentimiento para divulgar información médica," sin la necesidad de una autorización de divulgación por separado, con el fin de divulgar la información especificada para el tratamiento, pago y fines de operaciones administrativas de atención médica, según lo contemplado en este documento. Este consentimiento no será válido para permitir la divulgación de información en los casos en que la ley requiera una autorización de divulgación que cumpla con la HIPAA.

## Acuerdo de pago

El suscrito acepta pagar todos los Artículos proporcionados por el PROVEEDOR al Paciente. El saldo mensual adeudado será la parte de los cargos aplicables del PROVEEDOR no pagados por el seguro o cualquier otro pagador, incluidos los montos de coseguro, copago y deducible, así como los montos adeudados por Artículos no cubiertos proporcionados al Paciente por el PROVEEDOR. El suscrito acepta pagar el saldo adeudado en su totalidad al recibir una factura del PROVEEDOR. Si no se realiza el pago puntual, el PROVEEDOR puede seguir su política de cobro estándar u otros recursos aplicables a su criterio. Si el suscrito no paga el monto adeudado, le otorga al PROVEEDOR un gravamen y un derecho de garantía en virtud del Código Comercial Uniforme sobre cualquier propiedad personal del Paciente para garantizar el pago. Si el pago tiene más de 90 días de atraso, el PROVEEDOR puede tomar todas las medidas permitidas por la ley para hacer cumplir el interés de seguridad y el gravamen.

## Autorización de verificación de crédito

El suscrito, en carácter de Paciente o en nombre del Paciente, autoriza al PROVEEDOR (1) a verificar cualquier información financiera o de pago revelada por el Paciente o el suscrito y a realizar una investigación crediticia con el fin de otorgar crédito para la compra o el alquiler de Artículos, y (2) a responder cualquier pregunta de otros acreedores sobre la experiencia crediticia y de cuenta del Paciente o del suscrito con el PROVEEDOR.

## Asignación de beneficios

El suscrito, en carácter de Paciente o en nombre del Paciente, solicita que el pago de los beneficios autorizados se realice al PROVEEDOR y autoriza al PROVEEDOR a cobrar directamente todos los beneficios de cobertura de seguro públicos y privados adeudados por cualquier Artículo que el PROVEEDOR le haya proporcionado al Paciente. En el caso de que los pagos de beneficios adeudados al PROVEEDOR se paguen directamente al Paciente o al suscrito, el beneficiario deberá endosar y remitir inmediatamente al PROVEEDOR todos los cheques de pago de beneficios. En los reclamos de Medicare asignados, el PROVEEDOR aceptará la cantidad permitida por Medicare (incluidos los deducibles y el copago) en su totalidad por los artículos cubiertos.

## Disposiciones varias

El suscrito certifica que la información proporcionada al PROVEEDOR por o en nombre del Paciente cubierto por Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) o cualquier otro seguro médico público o privado es correcta. El paciente, si es física y mentalmente competente, debe firmar este Acuerdo y Consentimiento del Paciente en su propio nombre. Si el paciente no puede firmar por sí mismo, se debe indicar la fuente de la autoridad del suscrito para firmar en nombre del paciente. Este Acuerdo y consentimiento del paciente se usa en lugar de la firma del paciente o su representante en la "Solicitud de pago" HCF-A-1500 y en otros formularios de reclamo de seguro médico que requieren firma y, por lo tanto, es una extensión de esos formularios. Cualquier persona que tergiversa o falsifique información al hacer un reclamo a Medicare o cualquier otro programa federal de atención médica puede, en caso de ser condenado, estar sujeto a multas y encarcelamiento según la ley federal. Las sanciones también pueden resultar de la falsificación o tergiversación de otros reclamos de seguros médicos.

Se puede usar una copia de este Acuerdo y consentimiento del paciente en lugar del original.

# Derechos y responsabilidades del paciente.

## Declaración de derechos del paciente

**EL PROVEEDOR brindará atención al paciente, siguiendo los lineamientos a continuación. El paciente/cliente tiene los siguientes derechos:**

1. Recibir servicio sin distinción de raza, credo, sexo, edad, discapacidad, orientación sexual, condición de veterano o estilo de vida.
2. Participar en las decisiones sobre su cuidado.
3. Recibir información de manera que pueda comprender y pueda dar su consentimiento informado para el inicio de cualquier procedimiento o tratamiento.
4. Recibir información sobre aquellos aspectos de su estado de salud que se relacionen con la atención que ofrece el PROVEEDOR u otras agencias contratadas por el PROVEEDOR.
5. Ser informado de las responsabilidades que pueda tener en el proceso de atención.
6. Que la atención sea brindada por personal calificado con conocimientos para realizar los procedimientos al nivel de atención requerido.
7. Negarse al tratamiento en la medida permitida por la ley y a ser informado de las consecuencias de tal actuación.
8. Ser informado de la disponibilidad de las políticas y procedimientos del PROVEEDOR, si lo solicita.
9. Ser informado sobre los cargos y políticas de la organización en relación con el pago de los servicios, en el momento de la admisión.
10. Analizar problemas y sugerir cambios con respecto a los servicios o al personal sin temor a la discriminación.
11. Privacidad con respecto a sus registros.
12. Esperar y recibir atención en forma oportuna, adecuada a sus necesidades.
13. Elegir al proveedor de cuidados en el hogar.
14. Formular directivas médicas anticipadas, que son documentos legales que le permiten dar instrucciones para su futura atención médica.
15. No sufrir abuso mental o físico, negligencia ni explotación de ningún tipo por parte del personal.
16. Que su propiedad sea tratada con respeto.

## Responsabilidades del paciente

**Como paciente de atención médica domiciliaria, usted tiene la responsabilidad de hacer lo siguiente:**

1. Brindar información completa y precisa sobre su estado de salud, enfermedades pasadas, internaciones, medicamentos, alergias, infecciones, dolencias u otros asuntos relevantes.
2. Ayudar a desarrollar y mantener un entorno seguro.
3. Informar al PROVEEDOR cuando no podrá recibir atención domiciliaria.
4. Ser parte del desarrollo y cumplimiento de su plan de servicios/tratamiento de cuidado en el hogar.
5. Solicitar más información sobre cualquier cosa que no entienda.
6. Contactar a su médico cuando observe cambios en su estado de salud.
7. Contactar al PROVEEDOR cuando tenga problemas con algún equipo o si cambia de médico.
8. Contactar al PROVEEDOR si cambian las condiciones de la atención la atención domiciliaria.
9. Comunicarse con el PROVEEDOR cada vez que vaya a ser hospitalizado o reciba servicios de un organismo de atención médica domiciliaria, conforme a un plan de atención de Medicare.
10. Brindar información al PROVEEDOR acerca de las inquietudes o problemas que tenga.
11. Garantizar el pleno cumplimiento de su obligación financiera en relación al equipo que utiliza.
12. Mantener y reparar el equipo comprado cuando este ya no esté bajo garantía.
13. Seguir los procedimientos de cuidado del equipo especificados en el Formulario de orientación del equipo.

**EL PROVEEDOR** es un subsidiario directo o indirecto de Lincare Holdings, Inc. Lincare Holdings, Inc. es propiedad de Linde North America Holdings Limited, una empresa privada. Si considera que el PROVEEDOR no ha respetado sus derechos, le pediremos que se contacte con su gerente de área (consulte el reverso). Es responsabilidad del gerente de área revisar todas las quejas formales y usted tendrá derecho a recibir una respuesta por escrito ante la queja realizada. Si no está de acuerdo con la resolución, puede contactar a CHAP llamando al 800.656.9656, interno 242. He leído y comprendo la Declaración de derechos del paciente y mis responsabilidades como paciente/cliente.

# Liberación de por vida/Cesión de beneficios/Acuerdo de pago.

ID de cliente (solo para uso interno): \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para determinar los beneficios pagaderos por equipo o servicios y para procesar los reclamos de los Centros por los Servicios de Medicare y Medicaid, de mi compañía de seguros y de cualquier otra entidad médica o de seguros. Entiendo que en ocasiones aparecen barreras de financiación o reembolso.

Autorizo que el pago de los beneficios de mi seguro se haga a mí o en mi nombre a Lincare AAC® por cualquier equipo o servicio que se me proporcione. En determinadas circunstancias, mi compañía de seguros puede enviarme directamente un cheque por los servicios prestados por Lincare AAC. Me comprometo a endosar y enviar el cheque y la "Explicación de los Beneficios" dentro de los cinco días siguientes a su recepción a:

Si no proporciono esta información, entiendo que seré legalmente responsable por el pago total de todos los equipos o servicios que hayan sido proporcionados por Lincare AAC.

Entiendo que soy financieramente responsable ante Lincare AAC por cualquier cargo no cubierto por los beneficios de atención médica. Estoy de acuerdo en notificar a Lincare AAC de cualquier cambio en la cobertura de mi seguro médico. 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 por la totalidad de la factura o del saldo de la misma, según lo determine Lincare AAC y/o mi aseguradora de atención médica, si se deniega el pago de los reclamos presentados o cualquier parte de los mismos.

Entiendo que al firmar este formulario, acepto la responsabilidad financiera, tal y como se ha explicado anteriormente, por el pago total de los productos recibidos. Esto no se aplica cuando Medicare determina que el saldo es obligación del contratista, ni a los beneficiarios de Medicaid.

He leído y comprendido la política de devoluciones de 30 días de Lincare AAC, la declaración de derechos y responsabilidades del paciente (que incluye el proceso para presentar una queja o reclamo a la Compañía, los estándares para proveedores de DMEPOS de Lincare AAC y el aviso de prácticas de privacidad de Lincare AAC).

Firma del cliente, padre, tutor legal, apoderado o representante legal:

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

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_



## Política de creación y uso del ID de Apple.

ID del cliente (solo para uso interno): \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lincare AAC® puede crear un ID de Apple para facilitar la distribución de las aplicaciones autorizadas. Todas las partes deben estar de acuerdo con lo siguiente:

- El ID de Apple asignado es solo para el uso de aplicaciones autorizadas por Lincare AAC.
- El usuario acepta no utilizar ninguna función de iCloud asociada con el ID de Apple, incluidas entre otras, la funcionalidad de correo electrónico o almacenamiento en iCloud.
- El ID de Apple asignado requiere un número de teléfono de confianza que debe seleccionarse en la sección de información de contacto de la información del cliente.

He leído, comprendo y acepto la política de uso y creación del ID de Apple de Lincare AAC.

Firma del cliente, padre, tutor legal, apoderado o representante legal:

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

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

# Prescripción DME de un dispositivo generador de voz.

Fecha de pedido: \_\_\_\_\_

## Información del cliente

Nombre (nombre y apellido): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

ID del seguro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

## Diagnóstico clínico

Diagnóstico médico (incluir ICD-10): \_\_\_\_\_

Diagnóstico de comunicación (incluir ICD-10): \_\_\_\_\_

Pronóstico con dispositivo generador de voz:  Bueno  Otro: \_\_\_\_\_

Duración de la necesidad:  Toda la vida  Otro: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita al médico: \_\_\_\_\_

## Equipo prescrito

---



---



---



---

## Información del médico

He revisado una copia y estoy de acuerdo con la Evaluación de Comunicación Aumentativa completada por el Fonoaudiólogo para el paciente mencionado arriba. El dispositivo y los accesorios prescritos son necesarios para lograr los objetivos de comunicación funcional de este paciente, tal como se indica en el plan de tratamiento del patólogo del habla y el lenguaje. Certifico que se ha documentado en el expediente del paciente un examen presencial de su discapacidad del habla.

No tengo ninguna relación financiera con el fabricante del dispositivo recomendado, ni recibiré ninguna otra ganancia de él.

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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

Número de licencia: \_\_\_\_\_ Estado emisor: \_\_\_\_\_ Número NPI: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

ID de cliente (solo para uso interno): \_\_\_\_\_

## Firma

### Por favor revise y firme el siguiente reconocimiento.

Verifico que toda la información incluida en este documento es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada se utilizará con el fin de obtener financiación y por la presente doy permiso para divulgar esta información según lo requieran las fuentes de financiación enumeradas.

Entiendo que puedo alquilar o comprar el equipo que me ha prescrito mi médico. La duración del arrendamiento se ajustará a la política del fabricante. Entiendo que si la cobertura de mi seguro requiere un alquiler limitado, estaré sujeto a los términos y condiciones del programa de alquiler limitado.

Firma del cliente, padre, tutor legal, apoderado o representante legal:

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

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

# Evaluación y criterios del Dispositivo generador de voz (SGD).

## Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

Un dispositivo generador de voz (SGD) (E2500 - E2510) está cubierto cuando se cumplen todos los criterios siguientes (1-7):

1. Antes de la entrega del SGD, el paciente se ha sometido a una evaluación formal de sus capacidades cognitivas y de comunicación realizada por un patólogo del habla y el lenguaje (SLP). La evaluación formal y escrita debe incluir como mínimo, los siguientes elementos:
  - a. Discapacidad actual de la comunicación, incluido el tipo, la gravedad, las habilidades lingüísticas, la capacidad cognitiva y el curso previsto de la discapacidad;
  - b. Una evaluación de si las necesidades diarias de comunicación del individuo podrían satisfacerse utilizando otros modos naturales de comunicación;
  - c. Una descripción de los objetivos de comunicación funcional que se espera lograr y las opciones de tratamiento;
  - d. Justificación para la selección de un dispositivo específico y cualquier accesorio;
  - e. Demostración de que el paciente posee un plan de tratamiento que incluye un programa de capacitación para el dispositivo seleccionado;
  - f. Las habilidades cognitivas y físicas para usar de manera efectiva el dispositivo seleccionado y cualquier accesorio para comunicarse;
  - g. Para una actualización posterior de un SGD entregado anteriormente, incluir la información sobre el beneficio funcional para el paciente de la actualización en comparación con el SGD proporcionado inicialmente.
2. El estado de salud del paciente da lugar a una discapacidad grave del habla expresiva.
3. Las necesidades de habla del paciente no pueden satisfacerse con métodos de comunicación naturales.
4. Se han considerado y descartado otras formas de tratamiento.
5. La discapacidad del habla del paciente se beneficiará del dispositivo solicitado.
6. Se ha enviado una copia de la evaluación escrita y la recomendación del patólogo, al médico tratante del paciente antes de pedir el dispositivo.
7. El patólogo que realiza la evaluación del paciente no puede ser un empleado del proveedor del SGD, ni tener una relación financiera con él.

Si uno o más de los criterios de cobertura del SGD 1-7 no se cumplen, el SGD será denegado por no ser razonable y necesario.

Los códigos E2500 - E2510 realizan la misma función esencial: la generación de voz. Por lo tanto, los reclamos de más de un SGD serán denegados por no ser razonables y necesarios.

Los accesorios (E2599) para E2500 - E2510 están cubiertos, si se cumplen los criterios básicos de cobertura (17) para el dispositivo base y los criterios razonables y necesarios para cada accesorio están claramente documentados en la evaluación formal del patólogo del habla.

## Información de garantía y devoluciones.

### Garantía

Los dispositivos Lincare AAC® de la Serie Expression vienen con una garantía limitada de tres años que comienza en la fecha de entrega del dispositivo al usuario. Los dispositivos de la Serie Expression están protegidos con una garantía de hardware de tres años. Lincare AAC respetará todas las otras garantías de los fabricantes de acuerdo con la ley estatal aplicable. Los accesorios (por ejemplo, interruptores, protectores de teclas, soportes) seguirán las garantías de sus respectivos fabricantes. Cualquier componente reemplazado llevará el saldo del período de garantía. Usted no será responsable del pago de la reparación o el servicio de mantenimiento de su equipo suministrado por Lincare AAC durante el período de garantía. Las pautas para los servicios de reemplazo de dispositivos se identifican a continuación:

- a) Bajo esta garantía, Lincare AAC proporcionará hasta dos (2) reparaciones mayores y hasta dos (2) reparaciones menores. Un ejemplo de reparación mayor incluye el reemplazo del dispositivo o el reemplazo del estuche. Una reparación menor puede incluir elementos como un protector de pantalla o una correa de repuesto.
- b) Si es necesario reemplazar el estuche, el dispositivo debe estar en el estuche original cuando se envíe para reemplazo. Mientras esté bajo garantía, si se considera necesario que el usuario requiera un estuche diferente o especializado (no un estuche que sea una de nuestras ofertas actuales), esto se debe realizar a través de los proveedores de seguros del usuario.
- c) Si se utiliza una contraseña de ID de Apple no aprobada en un dispositivo, la garantía de tres años se considerará nula.
- d) Todas y cada una de las solicitudes de garantía que requieran el envío del dispositivo generador de voz para su reparación, se deben enviar con el dispositivo en su estuche original.

Si el artículo entregado se considera defectuoso o no cumple con sus necesidades, Lincare AAC aceptará la devolución o el cambio del artículo dentro de los 30 días posteriores a la recepción del dispositivo. Todos los productos deben estar en condiciones nuevas y sin usar para obtener este servicio. De lo contrario, se pueden aplicar tarifas de reposición. Pueden existir algunas excepciones para productos personalizados, software o artículos pedidos especiales que no son reembolsables, al igual que los productos indicados. Comuníquese con Lincare AAC al 877.893.5305 si tiene consultas sobre una devolución o para obtener un número de autorización de devolución.

### Obtención de servicios de garantía

Si un dispositivo Lincare AAC requiere servicio de garantía, comuníquese con nosotros al 877.893.5305. Se le proporcionará un formulario de reparación del dispositivo para describir el problema, así como una etiqueta de envío para enviar el dispositivo a Lincare AAC para su reparación. Una vez reparado el dispositivo, se lo enviaremos de vuelta. Si las reparaciones cubiertas por la garantía de un dispositivo superan las cuatro (4) semanas, se puede proporcionar un dispositivo de préstamo a corto plazo, según disponibilidad.

### Devoluciones

Lincare AAC ofrece una garantía de devolución de dinero de 30 días si nuestros productos no cumplen con sus necesidades o expectativas. Los productos deben estar en condiciones nuevas y sin usar para obtener este servicio; de lo contrario, se pueden aplicar tarifas de reposición. Pueden existir algunas excepciones para productos personalizados, software o artículos pedidos especiales que no son reembolsables, al igual que los productos indicados.

Comuníquese con Lincare AAC al 877.893.5305 si tiene consultas sobre una devolución o para obtener un número de autorización de devolución (RT).

## Estándares de Proveedores DMEPOS de Medicare:

**Nota: Esta es una versión abreviada de las normas para proveedores que todo proveedor de DMEPOS de Medicare debe cumplir para obtener y conservar sus privilegios de facturación. Estas normas, en su totalidad, figuran en 42 C.F.R. 424.57(c).**

1. El proveedor debe cumplir todos los requisitos de autorización y reglamentación federales y estatales aplicables.
2. El proveedor debe facilitar información completa y exacta en la solicitud de proveedor de DMEPOS. Cualquier cambio en esta información debe comunicarse a la Cámara Nacional de Compensación de Proveedores en un plazo de 30 días.
3. El proveedor debe hacer que una persona autorizada (cuya firma sea vinculante) firme la solicitud de inscripción para obtener privilegios de facturación.
4. Un proveedor debe satisfacer los pedidos a partir de sus propias existencias, o contratar con otras empresas la compra de los artículos necesarios para satisfacer los pedidos. Un proveedor no puede contratar con ninguna entidad que esté actualmente excluida del programa Medicare, de cualquier programa estatal de asistencia sanitaria o de cualquier otro programa federal de contratación o no contratación.
5. El proveedor debe informar a los beneficiarios de que pueden alquilar o comprar equipos médicos duraderos baratos o adquiridos habitualmente, y de la opción de compra de equipos de alquiler con límite máximo.
6. El proveedor debe notificar a los beneficiarios la cobertura de la garantía y respetar todas las garantías en virtud de la legislación estatal aplicable, así como reparar o sustituir gratuitamente los artículos cubiertos por Medicare que estén en garantía.
7. Un proveedor debe mantener una instalación física en un lugar apropiado y debe mantener un cartel visible con el horario de funcionamiento. El local debe ser accesible al público y estar dotado de personal durante las horas de apertura anunciadas. El local debe tener al menos 200 pies cuadrados y disponer de espacio para almacenar los registros.
8. Un proveedor debe permitir que CMS o sus agentes realicen inspecciones in situ para comprobar el cumplimiento de estas normas por parte del proveedor.
9. El proveedor deberá mantener un teléfono comercial principal que figure con el nombre de la empresa en una guía local o en un número gratuito disponible a través del servicio de información telefónica. Se prohíbe el uso exclusivo de beepers, contestadores automáticos, servicios de contestador o teléfonos móviles durante las horas de oficina publicadas.
10. El proveedor debe tener un seguro de responsabilidad civil contra todo riesgo por un importe mínimo de 300.000 dólares que cubra tanto el lugar de actividad del proveedor como a todos sus clientes y empleados. Si el proveedor fabrica sus propios artículos, este seguro debe cubrir también la responsabilidad por productos defectuosos y las operaciones completadas.
11. Se prohíbe a los proveedores hacer ofertas directas a los beneficiarios de Medicare. Para más detalles sobre esta prohibición, consulte 42 CFR § 424.57 (c) (11).
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 la prueba de la entrega y la instrucción del beneficiario.
13. El proveedor debe responder a las preguntas y quejas de los beneficiarios y conservar la documentación de dichos contactos.
14. Un proveedor debe mantener y reemplazar sin cargo o costo de reparación ya sea directamente, o a través de un contrato de servicio con otra compañía, cualquier artículo cubierto por Medicare que haya alquilado a los beneficiarios.

15. El proveedor debe aceptar las devoluciones de artículos de calidad inferior (inferior a la calidad total del artículo en cuestión) o inadecuados (inapropiados para el beneficiario en el momento en que se montaron y alquilaron o vendieron) por parte de los beneficiarios.
16. El proveedor debe revelar estas normas a cada beneficiario al que suministre un artículo cubierto por Medicare.
17. Un proveedor debe revelar cualquier persona que tenga intereses de propiedad, financieros o de control con el proveedor.
18. Un proveedor no debe transmitir ni reasignar un número de proveedor; es decir, el proveedor no puede vender ni permitir que otra entidad utilice su número de facturación de Medicare.
19. El proveedor debe tener establecido un protocolo de resolución de reclamos para atender las quejas de los beneficiarios relacionadas con estas normas. Debe mantenerse un registro de estos reclamos en la instalación física.
20. Los registros de quejas deben incluir: el nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de solicitud de seguro médico del beneficiario, un resumen del reclamo y las medidas adoptadas para resolverlo.
21. El proveedor debe comprometerse a facilitar a CMS toda la información exigida por los estatutos y reglamentos de Medicare.
22. Todos los proveedores deben estar acreditados por una organización de acreditación aprobada por CMS para recibir y conservar un número de facturación de proveedor. La acreditación debe indicar los productos y servicios específicos para los que está acreditado el proveedor, a fin de que éste pueda recibir el pago por dichos productos y servicios específicos (excepto en el caso de determinados productos farmacéuticos exentos).
23. Todos los proveedores deben notificar a su organización de acreditación la apertura de un nuevo establecimiento de DMEPOS.
24. Todos los centros de los proveedores, ya sean propios o subcontratados, deben cumplir las normas de calidad DMEPOS y estar acreditados por separado para poder facturar a Medicare.
25. Todos los proveedores deben revelar en el momento de la inscripción todos los productos y servicios, incluida la adición de nuevas líneas de productos, para los que solicitan acreditación.
26. El proveedor debe cumplir los requisitos de fianza especificados en 42 CFR § 424.57 (d).
27. Un proveedor debe obtener oxígeno de un proveedor de oxígeno con licencia estatal.
28. Un proveedor debe mantener la documentación de pedidos y derivaciones de acuerdo con las disposiciones que se encuentran en 42 CFR § 424.516(f).
29. Se prohíbe a un proveedor compartir la ubicación de su consulta con otros proveedores de Medicare.
30. Un proveedor debe permanecer abierto al público un mínimo de 30 horas semanales, excepto los médicos (según la definición del artículo 1848(j) (3) de la Ley) o los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales o un proveedor de DMEPOS que trabaje con órtesis y prótesis a medida.

Los proveedores de DMEPOS tienen la opción de divulgar la siguiente declaración para satisfacer el requisito descrito en la Norma de Proveedores 16 en lugar de proporcionar una copia de las normas al beneficiario.

Los productos y/o servicios que le proporcionan (nombre comercial legal del proveedor o DBA) están sujetos a las normas para proveedores incluidas en la normativa federal del Código 42 de Regulaciones Federales sección 424.57(c). Estos estándares se refieren a asuntos comerciales, profesionales y operativos (por ejemplo, cumplimiento de garantías y horas de funcionamiento). Para acceder al texto completo de estas normas, visite <http://www.ecfr.gov>. Si lo solicita, le proporcionaremos una copia escrita de los estándares.