

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 NHCOorders@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

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

En línea: 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 autorización de HIPAA:

- ☐ 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): _____

Idioma materno: _____ Dificultades auditivas: ☐ Sí ☐ No

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.

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

ID de cliente (solo para uso interno): _____

Número de identificación del cliente: _____

Formulario de Autorización de HIPAA.

Nombre del paciente (nombre, apellido): _____

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 proteger la privacidad de su información de salud y cuenta relacionada con su tratamiento médico, se necesitarán varias autorizaciones.

Autorización para dejar información de salud a través de mensajes de voz.

☐ Sí, autorizo a la empresa a dejar mensajes de voz relacionados con mi información de salud (por ejemplo, resultados de pruebas, citas/visitas, etc.) en el siguiente número en mi nombre: _____. En caso afirmativo, entonces se requiere el número. Número de contacto del paciente

1. 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 de la presente, autorizo a las siguientes personas a recibir mensajes verbales y/o escritos de "la Compañía", que pueden incluir información sobre mi salud y/o mi cuenta:

Nombre de la persona (nombre, apellido): _____

Relación con el paciente: _____ Número de contacto: _____

Nombre de la persona (nombre, apellido): _____

Relación con el paciente: _____ Número de contacto: _____

Esta autorización estará vigente hasta (marque uno):

☐ Mis servicios han concluido y la facturación ha sido resuelta; o

☐ " _____ (fecha específica) o _____ (evento) a partir del cual caduca 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, el VIH o el SIDA y el tratamiento del abuso de alcohol o drogas); o

☐ Autorizo la divulgación de mi expediente médico completo, excepto por la siguiente información (marque todo lo que elija excluir, según corresponda):

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

☐ Otros (especificar): _____

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(nombre, apellido): _____

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 impidieron obtener reconocimiento

☐ Una situación de emergencia nos impidió obtener el consentimiento

☐ Otro (especificar): _____

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 noventa (90) días a partir del _____. Las partes podrán prorrogar el plazo por un período más de noventa (90) 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

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

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

En línea: lincareaac.com

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

Solicitud de financiación posterior a la prueba:

- ☐ Completado
- ☐ Adjunto

Acuerdo y consentimiento del paciente:

- ☐ Completado
- ☐ Adjunto

Derechos y responsabilidades del paciente:

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 fonoaudiólogo (redactada utilizando los criterios de evaluación del SGD incluidos en este paquete):

- ☐ Adjunto

Aviso de prácticas de privacidad:

- ☐ Completado
- ☐ Adjunto

Estándares de proveedores de DMEPOS de Medicare

Información de garantía y devoluciones

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): _____

Idioma materno: _____ Dificultades auditivas: ☐ Sí ☐ No

☐ **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: _____

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): _____

Información comercial confidencial

Acuerdo y consentimiento del paciente

NÚMERO DE CUENTA:	CORREO ELECTRÓNICO:	TELÉFONO CELULAR:	TELÉFONO PARTICULAR:
APELLIDO DEL PACIENTE:	NOMBRE DEL PACIENTE:	SUFIJO:	
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TIPO DE EQUIPO: Equipos médicos duraderos y suministros			FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:

SOLICITUD DE PRODUCTOS, EQUIPOS, SUMINISTROS, SERVICIOS

El suscrito, siendo el paciente mencionado anteriormente ("Paciente"), o en nombre del paciente, como su padre, madre, tutor legal, representante legal o parte legalmente responsable ("Suscrito") entiende que, al firmar este Acuerdo y consentimiento del paciente, el Suscrito desea alquilar o comprar determinados equipos médicos, productos, suministros, medicamentos recetados o servicios asociados (colectivamente, en la medida en que sea aplicable, los "Artículos") del proveedor y sus afiliadas ("PROVEEDOR") (una lista de afiliadas puede encontrarse en Conózcamos, en <https://www.lincare.com/why-lincare/Get-to-Know-Us>).

RECONOCIMIENTO DE

LA RESPONSABILIDAD MÉDICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

ACUSES DE RECIBO Y ACUERDO DE CONTACTO

El Suscrito acusa recibo de una copia de cada uno de los siguientes documentos o de un medio para acceder a una copia de cada uno de los siguientes documentos: (1) Declaración del Proveedor de DMEPOS de Medicare; (2) Aviso de prácticas de privacidad del Proveedor; (3) Declaración de derechos del Paciente; y (4) Responsabilidades del Paciente. Estos documentos también se pueden encontrar en el sitio web del PROVEEDOR. El Suscrito entiende y acepta que el PROVEEDOR, sus afiliadas y terceros que actúen en nombre del PROVEEDOR pueden contactar al Suscrito o al Paciente por mensaje de texto, llamadas, llamadas automáticas, voz artificial o grabada o correo electrónico ("Contactos") a cualquiera de los números de teléfono o direcciones de correo electrónico especificados en el presente documento o según lo proporcionado por el Suscrito para fines de atención médica, contabilidad u otros fines relacionados. El Suscrito entiende y acepta que la frecuencia, el tiempo, la cantidad y la duración de los Contactos se determinarán según sea necesario en función del tema de la comunicación. El Suscrito entiende además que el acuerdo de contacto por mensaje de texto, llamadas automatizadas o llamadas de voz artificiales o grabadas no es una condición del servicio. El Suscrito confirma que los números de teléfono (celular o fijo) y la dirección de correo electrónico proporcionados anteriormente son verdaderos y correctos y pertenecen al Suscrito. El Suscrito acepta notificar al PROVEEDOR por escrito en caso de que cambie su dirección de correo electrónico o sus números de teléfono.

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA OPERACIONES DE TRATAMIENTO, PAGO Y ATENCIÓN MÉDICA

El Suscrito autoriza: (1) a la(s) aseguradora(s) del paciente y cualquier otro tercero pagador que proporcione cobertura al Paciente para divulgar al PROVEEDOR la información mínima necesaria para facilitar el pago al PROVEEDOR por los artículos proporcionados al paciente, lo que incluye, entre otros, (A) el pago realizado por dicho pagador al Paciente, al Suscrito o a cualquier otra persona o entidad por los Artículos proporcionados por el PROVEEDOR al Paciente; y (B) el alcance y la extensión de la cobertura del Paciente en cada momento; (2) a todo el personal médico involucrado en el tratamiento del paciente a divulgar al PROVEEDOR toda la información relativa al historial médico y el estado del Paciente que pueda estar relacionada con los Artículos o el tratamiento proporcionados al Paciente por el PROVEEDOR; y (3) a cualquier titular de

información médica sobre el Paciente (incluido el PROVEEDOR) a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (o cualquier agencia sucesora) y a sus agentes, cualquiera de los terceros pagadores del Paciente, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, CHAMPUS, TRICARE u otros pagadores públicos o privados, y al PROVEEDOR cualquier información necesaria (sujeta a los requisitos de "mínimo necesario", según corresponda) (A) para determinar los beneficios aplicables y la cualificación para el reembolso de los Artículos suministrados por el PROVEEDOR al Paciente; (B) para procesar las reclamaciones por los Artículos proporcionados por el PROVEEDOR al Paciente; y (C) para llevar a cabo actividades de cumplimiento de la atención médica y actividades comerciales generales (incluidas, entre otras, auditorías previas y posteriores al pago) y revisiones de garantía de calidad y utilización. El Suscrito por la presente autoriza a los proveedores de atención médica y pagadores del Paciente a basarse en este "Consentimiento para la divulgación de información médica", sin necesidad de una autorización de divulgación por separado, para divulgar la información especificada para fines de operaciones de tratamiento, pago y atención médica, según lo contemplado en este documento. Este consentimiento no será efectivo 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. **SOLO PARA RESIDENTES DE CALIFORNIA:** El titular de este contrato de deuda médica tiene prohibido, en virtud de la Sección 1785.27 del Código Civil de California, proporcionar cualquier información relacionada con esta deuda a una agencia de información crediticia de consumidores. Además de cualquier otra sanción permitida por la ley, si una persona a sabiendas viola esa sección al proporcionar información sobre esta deuda a una agencia de información crediticia de consumidores, la deuda quedará sin efecto y no será exigible.

AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN DE CRÉDITO

El Suscrito autoriza al Proveedor: (1) a verificar cualquier información financiera o de pago divulgada 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 los Artículos; y (2) a responder cualquier pregunta de otros acreedores sobre la experiencia crediticia y de cuenta del Paciente o Suscrito con el Proveedor.

DISPOSICIONES VARIAS

El Suscrito certifica que la información proporcionada al PROVEEDOR en virtud de 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 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" CMS-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 tergiversar 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. El Suscrito acepta que este Acuerdo y consentimiento del paciente puede formalizarse con firmas electrónicas, que tendrán el mismo efecto legal y vinculante que una firma manuscrita. Se puede usar una copia de este Acuerdo y consentimiento del paciente en lugar del original.

El Suscrito certifica que (1) es el Paciente o está legalmente autorizado para firmar este Acuerdo y consentimiento del paciente y aceptar sus términos; y (2) ha leído lo anterior y comprende y acepta los términos.

Firma del Paciente o del representante legalmente autorizado: _____

Relación/autoridad para firmar (si no es el Paciente): _____

Fecha: _____

Gerente de área: _____ Teléfono del gerente de área: _____

Nombre del representante de la compañía: _____ Apellido del representante de la compañía: _____

Correo electrónico del representante de la compañía: _____ Fecha y hora: _____

Consentimiento por escrito para comunicaciones de marketing

Al firmar y aceptar a continuación (o al proporcionar su consentimiento electrónicamente), usted acepta recibir comunicaciones de marketing electrónicas por correo electrónico, llamadas automatizadas, mensajes de texto o de voz pregrabados o artificiales del PROVEEDOR y sus afiliadas (puede encontrar una lista de afiliadas del PROVEEDOR en Conózanos, en <https://www.lincare.com/why-lincare/Get-to-Know-Us>) y las partes que actúan en su nombre en el número de teléfono y correo electrónico que proporcionó. El propósito de este Consentimiento es permitir que EL PROVEEDOR, sus afiliadas y las partes que actúan en su nombre le envíen mensajes de marketing, incluidos, entre otros, aquellos que contengan información sobre nuevos productos y servicios, programas y ofertas especiales. Usted reconoce que estos mensajes pueden incluir información protegida por la HIPAA y otra información personal. EL PROVEEDOR no puede garantizar la seguridad de ninguna información, incluida la información personal o protegida por la HIPAA, transmitida por mensajes de texto o correo electrónico a través de terceros (como Google, AOL, AT&T, Verizon y otros). Usted entiende que: 1) puede obtener esta información personal o protegida por la HIPAA a través de un método alternativo; 2) aceptar este Consentimiento no es una condición para la compra de productos o servicios; 3) la frecuencia de los mensajes variará y pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos; y 4) la aceptación o rechazo de este Consentimiento no afecta la capacidad del PROVEEDOR y sus afiliadas para enviarle otras categorías de mensajes electrónicos o comunicaciones por correo electrónico, llamadas automatizadas, mensajes de voz pregrabados o artificiales o mensajes de texto que de otra manera están permitidos por acuerdo o sin consentimiento expreso por escrito.

Firma del Paciente o del representante autorizado: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN CONFORME A LA HIPAA

Por la presente autorizo al PROVEEDOR a usar y divulgar mi información de contacto e historial de pedidos para enviarme comunicaciones de marketing sobre productos o servicios que podrían ser de mi interés. Esta autorización vencerá 15 meses después de la última fecha en que el PROVEEDOR proporcione productos o servicios, o en cualquier momento en que yo decida revocar esta Autorización llamando al _____. 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 o empresas de correo contratadas por el PROVEEDOR, 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. A los efectos de mi consentimiento para recibir comunicaciones de marketing, se aplican los controles de autorización de marketing más recientemente ejecutados por la HIPAA.

Firma del Paciente o del representante autorizado: _____ Fecha: _____

Derechos y responsabilidades del paciente

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

El PROVEEDOR brindará atención al paciente, siguiendo los lineamientos a continuación. El paciente o 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 atención.
3. Recibir información de manera que pueda comprender y poder 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 la brinde 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, en el momento de la admisión, de los cargos y políticas de la organización en relación con el pago de los servicios.
10. Analizar problemas y sugerir cambios con respecto a los servicios o al personal sin temor a la discriminación.
11. Contar con 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 cualquier 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 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.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

NÚMERO DE CUENTA:			
APELLIDO DEL PACIENTE:		NOMBRE DEL PACIENTE::	
		SUFUJO:	
DIRECCIÓN:		CIUDAD:	ESTADO:
			CÓDIGO POSTAL:
TIPO DE EQUIPO: Equipos médicos duraderos y suministros		FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:	

El suscrito, en carácter de Paciente o en nombre del Paciente, solicita que el pago de los beneficios autorizados se realice al Proveedor y sus afiliadas ("PROVEEDOR") y autoriza al PROVEEDOR a cobrar directamente todos los beneficios de cobertura de seguro públicos y privados adeudados por cualquier Artículo (como se define en el Acuerdo y consentimiento del paciente del PROVEEDOR) 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/coseguro) en su totalidad por los artículos cubiertos.

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 verdadera y correcta. El Paciente, si es física y mentalmente competente, debe firmar esta Asignación de beneficios en su 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. Esta Asignación de Beneficios se usa en lugar de la firma del paciente o su representante en la "Solicitud de pago" CMS-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 tergiverse o falsifique información al hacer un reclamo a Medicare o cualquier otro programa federal de atención médica puede, en caso de ser condenada, estar sujeta 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 esta Autorización de Beneficios en lugar del original.

Firma del paciente, tutor o representante

Fecha

Si no firma el Paciente, detalle debajo quién firma:

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente

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 almacenamiento de iCloud está autorizado únicamente con el propósito de realizar copias de seguridad de la personalización del software.
- 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): _____

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. Deterioro actual de la comunicación, incluido el tipo, la gravedad, las habilidades lingüísticas, la capacidad cognitiva y la evolución prevista del deterioro;
 - b. Una evaluación de si las necesidades de comunicación diarias de la persona pueden satisfacerse utilizando otros modos naturales de comunicación;
 - c. Una descripción de los objetivos de comunicación funcional que se espera alcanzar y las opciones de tratamiento;
 - d. Justificación de la elección de un dispositivo específico y de sus accesorios;
 - e. Demostración de que el paciente posee un plan de tratamiento que incluye un programa de entrenamiento para el dispositivo seleccionado;
 - f. Las capacidades cognitivas y físicas para utilizar eficazmente el dispositivo seleccionado y cualquier accesorio para comunicarse;
 - g. En el caso de una actualización posterior de un SGD emitido anteriormente, información sobre el beneficio funcional que supone para el paciente 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 fonoaudiólogo 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 al 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 (1-7) para el dispositivo base y los criterios razonables y necesarios para cada accesorio están claramente documentados en la evaluación formal del patólogo.

Aviso de prácticas de privacidad.

A partir de noviembre de 2020.

Nombre del cliente: _____ ID del cliente (solo para uso interno): _____

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETALLADAMENTE.

Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo nosotros (incluidos otros proveedores de atención médica afiliados a nosotros) podemos usar y divulgar la información médica protegida que tenemos sobre usted.

Divulgación permitida y requerida de información médica protegida:

Tratamiento, pago y operaciones administrativas de atención médica. Al ser uno de sus proveedores de atención médica, podemos usar y divulgar información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sobre usted para realizar tratamientos, pagos y operaciones administrativas de atención médica sin su autorización. Algunos ejemplos de estos tipos de usos o divulgaciones son los siguientes:

- **Tratamiento.** Podemos usar o divulgar su PHI para proporcionar sus productos, equipos o servicios prescritos. Podemos consultar y coordinar con su médico. Es posible que le recordemos sobre la reposición de medicamentos o suministros y las visitas o citas programadas. Podemos proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios de salud que puedan ser de su interés a través de boletines informativos u otros medios. También podemos divulgar su información médica protegida (PHI) a otros proveedores de atención médica (tales como médicos y farmacias) involucrados en su tratamiento.
- **Pagos.** Podemos usar o divulgar su PHI para facturar y cobrar el pago de los productos, equipos o servicios que le brindemos. Es posible que nos comuniquemos con su compañía de seguros u otro pagador para obtener información sobre su cumplimiento de requisitos y cobertura. También podemos divulgar su PHI a planes de salud, cámaras de compensación de atención médica u otros proveedores de atención médica involucrados en su atención para sus actividades de pago.
- **Operaciones administrativas de atención médica.** También podemos usar o divulgar su PHI para actividades de evaluación de calidad, evaluación del desempeño de nuestros empleados, planificación y desarrollo comercial, gestión y fines administrativos generales. Podemos divulgar su PHI a planes de salud u otros proveedores de atención médica para que se realicen evaluaciones de calidad, evaluaciones de empleados o actividades de cumplimiento de la atención médica.

También contratamos consultores y contratistas para que nos presten ciertos servicios. Cuando, por la naturaleza de esos servicios, se requiere la divulgación de información médica protegida (PHI), los consultores o contratistas deben proteger como corresponde la información médica protegida (PHI) que recibieron.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos:

Sin su consentimiento, podemos usar o divulgar su información médica protegida (PHI) por las siguientes razones:

- **Personas involucradas en el cuidado/pago.** Podemos divulgar las partes pertinentes de su información médica protegida (PHI) a familiares u otras personas que participen en su cuidado y en los pagos. Podemos notificar su ubicación, condición general o muerte a las personas o entidades públicas o privadas involucradas en brindar ayuda en caso de desastres.
- **Fines limitados de marketing.** De vez en cuando, también podemos brindar artículos promocionales de valor nominal o información de marketing que se le comunicarán a usted de forma presencial.

- **Actividades para supervisar la salud.** Podemos divulgar partes de su PHI a las autoridades reguladoras con el fin de supervisar el sistema de atención médica y el cumplimiento de los derechos civiles, las leyes, las regulaciones gubernamentales y los requisitos del programa de atención médica.
- **Salud o seguridad.** Podemos usar o divulgar partes de su PHI si creemos que es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para su salud y seguridad o la salud y seguridad de un tercero. En ciertas circunstancias, esto puede incluir la divulgación de partes de su PHI a las empresas de servicios públicos locales o a los servicios de emergencia para que puedan brindar la asistencia adecuada en caso de una emergencia o corte de luz.
- **Abuso negligencia o violencia doméstica.** Podemos divulgar partes de su PHI a los organismos gubernamentales correspondientes si creemos que usted puede ser víctima de abuso o violencia doméstica y dicha divulgación está autorizada por la ley o regulación vigente.
- **Actividades de salud pública.** Podemos divulgar partes de su PHI a las autoridades de salud pública con el fin de controlar enfermedades lesiones o discapacidades. También podemos divulgar partes de su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos para informar eventos adversos, rastrear productos, permitir retiros del mercado, realizar vigilancia posterior a la comercialización y otras actividades en relación con su regulación de la calidad, seguridad y efectividad de ciertos productos o actividades.
- **Investigación.** Podemos usar o divulgar su PHI para realizar o facilitar la investigación cuando lo permitan las leyes federales y estatales. Esto puede incluir la preparación para la investigación o informarle sobre estudios de investigación que podrían interesarle.
- **Información anónima.** Podemos utilizar o divulgar partes de su información médica protegida (PHI) que no lo identifiquen personalmente ni revelen su identidad.
- **Compensación de trabajadores.** En la medida en que la ley vigente lo autoriza, podemos divulgar su información médica protegida (PHI) a programas de indemnización por accidentes de trabajo o similares que brinden beneficios en caso de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Instituciones correccionales.** Si está en prisión o bajo la custodia de funcionarios policiales, podemos divulgar ciertas partes de su PHI a la institución o centro correccional, o bien, al personal autorizado.
- **Procedimientos legales.** Podemos divulgar partes de su PHI en cualquier procedimiento judicial o administrativo conforme a una orden judicial o si cumplimos con otros requisitos legales.
- **Autoridad legal.** Podemos divulgar partes de su PHI para localizar o identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida con el fin de cumplir con leyes como las que exigen informar sobre ciertas lesiones o muertes o denunciar determinados delitos.
- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** Podemos divulgar partes de su PHI a médicos forenses y examinadores médicos con fines de identificación, para determinar la causa de la muerte o según lo exija la ley. También podemos divulgar, conforme las leyes vigentes, partes de su PHI a los directores de funerarias para permitirles llevar a cabo sus funciones.
- **Fines de donación de tejidos u órganos.** Podemos divulgar partes de su PHI a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades para facilitar la obtención el almacenamiento o el trasplante de órganos o tejidos.
- **Funciones gubernamentales especializadas.** En determinadas circunstancias, podemos divulgar partes de su PHI al personal de las Fuerzas Armadas y al Departamento de Estado y otros funcionarios federales en relación con funciones gubernamentales especializadas (incluidas misiones militares, seguridad nacional y servicios de protección).
- **Organismos gubernamentales.** Podemos divulgar partes de su información médica protegida (PHI) a autoridades gubernamentales con derecho a recibir tal información, incluida la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

- **Situaciones en las que la ley lo exija o permita.** Podemos divulgar partes de su PHI en otras situaciones no mencionadas anteriormente cuando lo exija o lo permita la ley.

Otras divulgaciones:

El uso de PHI para fines de marketing y las divulgaciones que implican la venta de PHI requieren que usted proporcione su autorización por escrito. Otros usos y divulgaciones de su PHI que no se hayan descrito anteriormente se realizarán únicamente si usted los autoriza por escrito.

Sus derechos:

La siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su PHI y una breve descripción de cómo puede ejercer estos derechos:

- **Acceso.** Tiene derecho a inspeccionar y copiar la PHI que mantenemos sobre usted, excepto: notas de psicoterapia, información recopilada antes de un procedimiento legal u otra PHI a la que la ley federal limite su acceso. Las solicitudes para inspeccionar y copiar registros deben ser por escrito, dirigidas a nuestro Oficial de privacidad y proporcionar información específica para ayudarnos a cumplir con su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable por copiar y enviar copias por correo. Si denegamos su solicitud de acceso, en la mayoría de las circunstancias, tiene derecho a que se revise la denegación. Póngase en contacto con nuestro Oficial de privacidad si tiene preguntas sobre su derecho a inspeccionar y copiar sus registros.
- **Comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que se le envíe su PHI por medios alternativos o a lugares alternativos. Por ejemplo, puede solicitar que enviemos el correo a un apartado de correos en lugar de a una dirección particular. Aceptaremos todas las solicitudes razonables. Solicite este pedido por escrito a su Oficial de privacidad.
- **Restricciones.** Tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo usamos o divulgamos su PHI para nuestras actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar que no divulguemos ninguna parte de su PHI a familiares u otras personas que puedan estar involucradas en su atención. Su solicitud debe ser por escrito y debe enviarse a nuestro Oficial de privacidad y debe especificar las partes de su PHI que no desea que se divulguen y a quién no desea que se le divulguen. Sin embargo, tiene derecho a restringir ciertas divulgaciones de su PHI a un plan de salud si la divulgación se realiza para llevar a cabo pagos u operaciones administrativas de atención médica y la PHI corresponde a un servicio que usted ya ha abonado en su totalidad por su cuenta. No estamos obligados a aceptar su solicitud y solo nuestro Oficial de privacidad está autorizado a aceptar dichas solicitudes. Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con la restricción a menos que se necesite la PHI restringida para brindarle un tratamiento de emergencia.
- **Modificaciones.** Tiene el derecho a solicitar que se modifique la PHI que tenemos sobre usted. Las solicitudes de modificación deben enviarse por escrito a nuestro oficial de privacidad y proporcionar un motivo para respaldar la modificación solicitada. Si rechazamos su solicitud de enmienda, puede presentar una declaración escrita de desacuerdo con nuestro Oficial de privacidad y la incluiremos en su información médica protegida (PHI) cuando se use y divulgue.
- **Incumplimiento.** Usted tiene derecho o recibirá notificaciones acerca de cualquier vulneración referente a la información médica protegida (PHI) no segura.
- **Registro.** Tiene derecho a recibir un registro de ciertas divulgaciones de información médica protegida (PHI) realizadas por nosotros. Su solicitud para recibir un registro debe hacerse por escrito, dirigida a nuestro oficial de privacidad y no debe solicitar un registro de más de seis años. Hay algunas divulgaciones que no es necesario que se incluyan en la explicación, por ejemplo, divulgaciones para nuestro tratamiento, pago

y operaciones de atención médica; divulgaciones incidentales; divulgaciones para la seguridad nacional; divulgaciones para instituciones penitenciarias, algunas divulgaciones de PHI sin información que revele su identidad; y otras divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003.

- **Copia del Aviso de prácticas de privacidad.** Tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro Aviso de prácticas de privacidad incluso si aceptó recibirlo electrónicamente. Puede obtener una copia de su centro de servicio local o comunicándose con nuestro Oficial de privacidad y solicitando una copia por correo.

Nuestras responsabilidades:

La ley nos exige mantener la privacidad de la información médica protegida y proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida. Tenemos la obligación de cumplir con los términos de nuestro Aviso de prácticas de privacidad y con las leyes estatales aplicables que establezcan más restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI.

Cambios del Aviso de prácticas de privacidad:

Podemos cambiar los términos de nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. El nuevo Aviso de prácticas de privacidad se aplicará a toda la PHI que mantenemos a partir de la fecha de vigencia del nuevo Aviso. Si lo solicita a su centro de servicio local, le daremos una copia de un nuevo Aviso de prácticas de privacidad. También puede obtener esta información llamando a nuestro oficial de privacidad y solicitando una copia por correo.

Quejas:

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja comunicándose con nuestro oficial de privacidad. También puede presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Información adicional:

Si necesita información adicional sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con nuestro Oficial de privacidad en:

Oficial de privacidad

19387 U.S. 19 North

Clearwater, FL 33764

Teléfono de la línea directa de HIPAA: 800-284-2006, ext. 10028.

Firma del Paciente o del representante legalmente autorizado: _____

Relación/autoridad para firmar (si no es el Paciente): _____

Fecha: _____

Gerente de área: GINA SINGER Teléfono del gerente de área: 877.893.5305

Nombre del representante de la compañía: _____ Apellido del representante de la compañía: _____

Correo electrónico del representante de la compañía: _____ Fecha/hora: _____

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 subcontractados, 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.

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, casos de especialidad) 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:

- Con esta garantía, Lincare AAC proporcionará dos (2) reparaciones importantes o reemplazos dentro de los primeros dos (2) años de propiedad. Las reparaciones importantes incluyen: pantalla dañada, daños por agua y falla comprobada de la batería. Lincare AAC proporcionará hasta tres (3) reemplazos menores durante los tres años de garantía. Las reparaciones menores incluyen el reemplazo del altavoz, la correa para el hombro, el protector de pantalla y la bolsa de transporte. Se otorgará un (1) reemplazo de funda con la funda Lincare AAC proporcionada dentro de los tres (3) años de garantía.
- 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.
- Si se utiliza una contraseña de ID de Apple no aprobada en un dispositivo, la garantía de tres años se considerará nula.
- 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.

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).