

# GUIA PARA COMPLETAR EL FORMATO DE SOLICITUD DE ADMC

## Beneficiary Information:

Información del Beneficiario

**Name: Nombre:** Escriba el nombre del Beneficiario igual a como figura en la Tarjeta de Medicare

**HICN:** Escriba el numero de Identificación de Medicare del Beneficiario sin espacios

**Address: Direccion:** Escriba la dirección del Beneficiario

**Date of Birth: Fecha de Nacimiento:** Escriba la fecha de nacimiento del Beneficiario en el siguiente formato MM/DD/AAAA

**Height (if needed to support the medical necessity):**

**Altura (si es necesario para justificar la Necesidad Medica):** Escriba la altura del Beneficiario en pies y pulgadas

**Weight (if needed to support the medical necessity): Peso (si es necesario para justificar la Necesidad Medica):** Escriba el peso del paciente en libras

**Place of Service: Lugar de Servicio:** Escriba el lugar en el cual va a ser entregado y usado el equipo

**Diagnosis Code (Narrative is not sufficient): Código de Diagnóstico (Una descripción escrita no es suficiente):** Escriba los códigos de diagnóstico relacionados con el equipo

## Supplier Information: Información del Proveedor

**Supplier's Name: Nombre del Proveedor:** Escriba el Nombre de la empresa igual a como va a figurar en la reclamación

**Contact's Name: Nombre del Contacto:** Escriba el nombre de la persona de su Empresa, responsable por esta solicitud

**NSC Number: Numero NCS**

**Address Direccion:** Escriba la dirección de su empresa

**Phone Number: Numero de Telefono:** Escriba el numero de teléfono de su empresa

## Physician Information: Información del Medico:

**Name: Nombre:** Nombre del Medico, así como aparece registrado en PECOS.

**NPI: NPI del Medico**

**Address: Dirección:** Dirección de la Oficina del Medico

**Phone Number: Numero de Teléfono:** Numero de Teléfono de la Oficina del Medico

## Item Information: Información del Artículo

**Wheelchair base Item Code(HCPCS): Código (HCPCS) de la Silla de Ruedas de Base:** Escriba el código HCPCS de la silla de ruedas de base

**Wheelchair Base Description: Descripción de la Silla de Ruedas de Base:** Describa brevemente la silla de ruedas de base

## Instructions: Instrucciones

1. Complete la información anterior
2. Anexe el formulario del ADMC a toda la documentación medica de soporte
3. Envie la solicitud por correo a la siguiente dirección:  
CGS  
ATTN: ADMC  
PO BOX 20010  
Nashville, TN 37202  
O por Fax al numero: 1.615.782.4647

En el capítulo 9 del Manual del Proveedor del DME MAC Jurisdicción C, encuentra la descripción detallada de los requisitos de la documentación para una solicitud de ADMC.

## Documentación de Respaldo

### Sillas de Ruedas Manuales (MWC)

1. Orden escrita detallada con el nombre del beneficiario, nombre del médico, NPI del médico, fecha de la orden, descripción de la MWC (suficiente para poder verificar el código), descripción de todos los accesorios (suficiente para poder verificar los códigos), firma del médico y fecha de firma del médico
2. Evaluación del especialista que respalde la necesidad médica para la silla de ruedas y los accesorios, información que demuestre que no hay relación financiera con el proveedor
3. Información que demuestre como el ATP estuvo involucrado y sus credenciales
4. Información de los expedientes médicos del beneficiario respaldando la necesidad médica de la silla de ruedas y los accesorios
5. Información que demuestre que la casa del beneficiario tiene los accesos adecuados

### Sillas de Ruedas Motorizadas (PWC)

1. Orden escrita detallada de los 7 elementos, manuscrita o electrónica, con el nombre del beneficiario, descripción del PWC, fecha del F2F, diagnóstico/s relacionado/s, duración de la necesidad; firmada y fechada por el medico
2. Listado con la Descripción detallada del producto,
3. Evaluación F2F o cara a cara;
4. Evaluación del LCMP/Especialista;
5. Valoración de la casa y
6. Valoración del ATP
7. Declaración firmada y fechada que demuestre que no hay relación financiera entre el proveedor y el LCPM