

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO CMS-10125- BOMBAS DE INFUSION EXTERNA

CERTIFICATION TYPE/DATE (Tipo de Certificación/Fecha)

Initial (Inicial)

Revised (Revisado)

Recertification

Si es una certificación inicial para este paciente, indíquelo, colocando la fecha en los espacios frente a la palabra INITIAL. Si es una certificación que ha sido revisada, (Cuando el medico ha cambiado la orden, basado en los cambios de las necesidades clínicas del paciente), debe poner la fecha inicial en el espacio frente a la palabra INITIAL y la fecha de la revisión en el espacio frente a la palabra REVISED. Si es una recertificación, coloque la fecha inicial en el espacio frente a la palabra INITIAL y la fecha de la Recertificación en el espacio frente a la palabra RECERTIFICATION. Siempre que envíe un DIF por una revisión ó una recertificación asegúrese de que ha colocado las dos fechas, la inicial y la de la revisión ó certificación.

PATIENT NAME, ADDRESS, TELEPHONE AND HICN

(Nombre, Dirección, Teléfono y Número de HICN del Paciente)

Escriba el Nombre, La dirección legal permanente, el número de teléfono y el Número de Reclamación ante el Seguro de Salud (HICN) del paciente, tal y como aparecen en la Tarjeta de Medicare y en la reclamación.

SUPPLIER NAME, ADDRESS, TELEPHONE and NCS or NPI#

(Nombre, Dirección, Teléfono y NCS ó NPI del Proveedor)

Escriba el nombre de su compañía (nombre del Proveedor), la dirección y el número de teléfono; junto con el número de proveedor de Medicare, asignado por la NSC (National Clearing House), ó si aplica el número de Identificación Nacional del Proveedor, NPI (National Provider Identification). Si usa el NPI indíquelo usando el Calificador XX seguido de los diez dígitos. Si usa el NSC use el Calificador 1C seguido de los diez dígitos (por ejemplo 1C#####).

PLACE OF SERVICE (Lugar de Servicio)

Indique el lugar en el cual el producto va a ser utilizado. Ej. La casa del paciente es 12, un Centro de Enfermería Especializada (SNF) es 31. Una institución para pacientes con Enfermedad Renal en Fase Terminal es 65, etc. Consulte el Manual del Proveedor de DMERC, para tener la lista completa.

PATIENT DOB, HEIGHT, WEIGHT, AND SEX

(Fecha de Nacimiento del Paciente, Estatura, Peso y Sexo) si aplica

Escriba la fecha de nacimiento del paciente, en frente del espacio que dice PT DOB ___/___/___, usando el formato MM/DD/AA, El Sexo frente a la palabra Sex, escribiendo una "M" para Masculino y una "F" para Femenino. Escriba la estatura del paciente en pulgadas frente a la palabra Ht. (1 pulgada equivale a 2.54 cm). Escriba el peso del paciente en libras, frente a la palabra Wt.

NAME AND ADDRESS OF FACILITY

(Nombre y Dirección de la Institución)

Si el Lugar de Servicio es una institución, escriba el nombre y la dirección completa de dicha Institución

SUPPLY ITEM/SERVICE PROCEDURE CODE(S)

Haga una lista de todos los códigos de los artículos ordenados que requieran un DIF. No incluya los códigos que no requieren un DIF en esta sección.

PHYSICIAN NAME AND ADDRESS, TELEPHONE and applicable NPI NUMBER or UPIN (Nombre del Medico, dirección, número de teléfono, y Número de NPI ó de UPIN)

Escriba el nombre del medico, la dirección de su oficina, el número de teléfono comenzando por el código de área dentro del paréntesis y el NPI ó UPIN en la línea.

A continuación encuentra dos columnas ANSWERS (RESPUESTAS) Y ANSWER QUESTIONS 1-4 FOR EXTERNAL INFUSION PUMP (preguntas para responder para Bombas de Infusión Externa 1 a 4).

Pregunta 1 Provea los códigos de los medicamentos que requieran el uso de la bomba.

En la columna de la izquierda escriba todos los códigos de los medicamentos.

Pregunta 2 Si se enumera algún código NOC (not otherwise classified) en la respuesta a la pregunta #1, escriba el nombre del medicamento.

En la columna de la izquierda escriba el nombre del medicamento NOC.

Pregunta 3 Circule la vía de administración del medicamento
1 = Intravenosa, 2 = Subcutánea, 3 = epidural, y 4 = Otra

En la columna de la izquierda circule el número que corresponda a la vía de administración del medicamento.

Pregunta 4 Circule el método de administración del medicamento
1 = Continua, 2 = Intermitente

En la columna de la izquierda circule el número que corresponda al método de administración.

SUPPLIER SIGNATURE (FIRMA DEL PROVEEDOR)

Firme encima de la línea.

DATE (FECHA)

Escriba la fecha en la que está firmando el DIF en formato MM/DD/AA.

Al firmar usted certifica que usted es el Proveedor que se ha identificado en este formato y que la información es verdadera, correcta y completa de acuerdo a lo mejor de su conocimiento y entiende que cualquier falsificación, omisión o el ocultar información de un hecho material asociado con la facturación de este servicio; puede hacerle sujeto a responsabilidad civil o criminal.