

Instrucciones para Llenar el Formulario DIF (DMI Information Form) para Alimentación Enteral y Parenteral (CMS-10126)

Toda la información de este formato puede ser completada por el proveedor.

CERTIFICATION TYPE/DATE

(Tipo de Certificación /Fecha):

INITIAL (Inicial) ____/____/____

REVISED (Revisado) ____/____/____

RECERTIFICATION (Recertificación) ____/____/____

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 médico 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 revision ó certificación.

PATIENT INFORMATION

(Información 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 INFORMATION

(Información del Proveedor)

Escriba el nombre de su compañía, 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.

NAME AND ADDRESS OF FACILITY

(Nombre y Dirección de la Institución) si aplica:

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.

PATIENT DOB, HEIGHT, WEIGHT, AND SEX

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

Escriba la fecha de nacimiento del paciente, en frente del espacio que dice PT DOB ____/____/____, 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 las letras Wt.

PHYSICIAN NAME AND ADDRESS, TELEPHONE and applicable NPI NUMBER or UPIN

(Nombre del Medico, dirección, número de teléfono, y si aplica 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.

EST. LENGTH OF NEED (# OF MONTHS)

(Duración estimada de la Necesidad - Número de Meses)

Escriba en el espacio frente a (# of Months) el número de meses de 1 hasta 99, en donde 99 significa toda la vida (Lifetime)

DIAGNOSIS CODES (Códigos de Diagnóstico)

Escriba en el espacio el o los códigos de diagnóstico.

En la siguiente sección de preguntas, responda cada pregunta que aplique de acuerdo a los artículos ordenados. En la columna de la izquierda ANSWERS (respuestas) deberá circular "Y" si la respuesta es "SI" ó "N" si la respuesta es "NO." Para las preguntas #3 y #4 deberá escribir la información solicitada en las líneas A ó B. En la Pregunta #5, circule el número que corresponda a su respuesta. Y en la pregunta #8, complete la información en la columna del lado derecho.



Instrucciones para Llenar el Formulario DIF (DMI Information Form) para Alimentación Enteral y Parenteral (CMS-10126)

Pregunta #1: Hay alguna documentación en el expediente médico que demuestre que el paciente tiene una enfermedad de las estructuras que normalmente conducen el alimento ó permiten que este sea absorbido por el Intestino Delgado, O estas estructuras no funcionan de manera permanente?, Conteste SI ó NO.

Pregunta #2: La Nutrición Enteral está siendo administrada por medio de una Sonda? (ej. Sonda de Gastrostomía, Sonda de Yeyunostomía ó Sonda Nasogástrica). Conteste SI ó NO.

Pregunta #3: Escriba el código del artículo/servicio entregado . Utilice las líneas A y/o B de la columna de la izquierda.

Pregunta #4: Escriba el número de calorías por día para cada código HCPCS según corresponda. Para el que escribió en la línea A de la pregunta # 3 utilice la línea A de la columna del lado izquierdo y haga lo mismo con la línea B.

Pregunta #5: Circule el número que corresponda al método de administración.

1. Jeringa, 2. Gravedad 3. Bomba 4. Via Oral (ej. Bebiendo)

Pregunta #6: Número de días por semana que requiere de la administración ó la infusión (Escriba del 1 al 7)

Pregunta #7: Hay alguna documentación en el expediente medico que demuestre que el paciente tiene una enfermedad permanente del tracto gastro intestinal, causando una mala absorción severa, suficiente para impedir que se mantenga el peso y la fuerza proporcional a la de los pacientes en un estado de salud promedio? Conteste SI ó NO.

Pregunta #8: Describa la composición de la formula

Aminoácidos _____ (ml/día) _____ % de la concentración _____ gramos de proteína al día

Dextrosa _____ (ml/día) _____ % de la concentración

Lípidos _____ (ml/día) _____ días por semana _____ % de la concentración

Pregunta # 9 Circule el número que corresponda a la ruta de administración

1. Cateter Central (Incluyendo PICC ó Cateter Central de Inserción Periférica)
2. Línea de Acceso de Hemodialisis
3. Cateter Peritoneal

Certificación del Proveedor, Firma y Fecha

El representante del Proveedor designado, debe firmar sobre la línea en frente de SUPPLIER SIGNATURE (firma del proveedor) y poner la fecha en la que firma frente a DATE.

No se aceptan firmas ó fechas en sello.

Con esta firma certifica que lo escrito en este formulario es verdad, está correcto y completo, de acuerdo a su conocimiento. Además que entiende que cualquier falsificación, omisión ó encubrimiento de la información asociada a la facturación de este servicio, puede ser sujeta a responsabilidad civil ó criminal.