

DME MAC Jurisdicción C **FORMULARIO INICIAL**

Orden recibida por: _____ Fecha: _____

Información de la persona que refiere la Orden: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Sexo: Masculino Femenino

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Teléfono: _____ No. de Medicare: _____

Nombre de Representante Legal Responsable: _____

Relación al Beneficiario: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE QUE DÁ LA ORDEN

Nombre: _____ NPI: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Especialidad: _____

PREGUNTAS PARA EL BENEFICIARIO

¿Ha recibido alguna vez un equipo/suministros iguales ó similares? Sí No

Si la respuesta es "Sí" haga una lista de los equipos/suministros recibidos: _____

¿Nombre del Proveedor que lo vendió ó lo rentó? _____

¿Fecha en que fue adquirido o si fue alquilado, cuantos meses? _____

Última fecha de facturación: _____

Fecha en que se regreso el equipo: _____

¿El equipo fue devuelto al proveedor original? Sí No

¿Por qué regreso el equipo? _____

¿Se está reemplazando el equipo? Sí No ¿Existe una necesidad médica nueva? Sí No

Describa la necesidad anterior: _____

Describa la necesidad y/o el cambio nuevo:

¿El beneficiario está inscrito en un Plan de Salud de Medicare (HMO, por sus siglas en inglés)?	Sí	No
¿El beneficiario estaba inscrito en un Plan de Salud de Medicare (HMO, por sus siglas en inglés) y está regresando a un Plan de Pago de Servicios (FFS, por sus siglas en inglés)?	Sí	No

PREGUNTAS PARA EL PROVEEDOR

Si va a reparar un equipo, documente la siguiente información:

Fabricante: _____ Modelo y/o Número: _____ No. de Serie: _____ Fecha que se adquirió: _____

Razón por la cual debe repararse y tipo de Reparación: _____

¿Tiene pruebas de necesidad médica para facturar las reparaciones?	Sí	No
¿El Beneficiario cumple con los criterios para que el equipo sea reparado?	Sí	No
¿Donde se utilizara el equipo?		
¿Tengo Copia de la Tarjeta de Medicare y/o de otros Seguros??	Sí	No
¿Tengo una orden de despacho y/o una orden detallada por escrito?	Sí	No
¿Necesito un Certificado de Necesidad Médica (CMN, por sus siglas en inglés)?	Sí	No
¿Tengo documentación archivada en el expediente que justifique la Necesidad Médica?	Sí	No
¿Necesito obtener el formulario "Notificación Previa al Beneficiario de Medicare" (ABN, por sus siglas en inglés)?	Sí	No

¿Cuál es el diagnóstico primario?

Haga una lista de cualquier otro diagnóstico del paciente, si aplica:

Medicare es el Seguro Primario ó Secundario del paciente?	Primario	Secundario
¿La esposa/o del paciente trabaja?	Sí	No
¿La condición actual está relacionada con un accidente/incidente del trabajo, auto, u otro?	Sí	No
¿Está el Beneficiario cerca a ser elegible para tener Medicare?	Sí	No

Si su respuesta es "Sí" escriba la fecha de elegibilidad:

¿Necesito obtener una Autorización de Beneficios?	Sí	No
¿El beneficiario firmó y fechó el Formulario Inicial?	Sí	No

Firma del Beneficiario: _____

Fecha: _____

SIGNATURE

Firma del Beneficiario: _____ Fecha Firmado: _____

Este es solo un formulario inicial recomendado, proveedores pueden crear su propio formulario para que cumpla con las necesidades de su negocio. Por ejemplo, si usted provee oxígeno, hay ciertas preguntas que tendrá que hacerle al paciente o si provee sillas de ruedas, hay preguntas que tal vez solo son aplicables a sillas de ruedas. Estas son preguntas básicas que le ayudaran a recaudar información. Este formulario de ninguna manera reemplaza una ABN o documentación y/o expedientes médicos. Para más información sobre la documentación necesaria y/o ABN's, favor de leer el Manual del Proveedor, Jurisdicción C, Capítulo 3, 6 y las Determinaciones de Cobertura y/o Artículos de Pólizas pertinentes al equipo y/o suministros que usted está proveyendo.