

GUIA PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD

Información General

1. **Request Date: Fecha de Solicitud:** La fecha del día en el que está llenando la solicitud.
2. **Request Initial or Second: Solicitud Inicial ó Segunda Solicitud:** Marque si es la primera vez que envía la solicitud (Initial) ó si es la segunda vez (Second).
3. **Number of Pages (Including coversheet): Número de Páginas (incluyendo la Portada):** Indique el número total de páginas incluidas en el fax.
4. **Indicate HCPCS code:** Indique el código HCPCS específico. No marque más de un código. Solo se hace la pre-revisión de un solo artículo por cada vez.
5. **Item Delivered? ¿Artículo Entregado?:** Marque Yes (si) si ya entregó el artículo ó NO si no lo ha hecho

Información del Beneficiario

1. **Name: Nombre:** Nombre del Beneficiario.
2. **Address: Dirección:** Dirección permanente del beneficiario, registrada en la Oficina de la Administración del Seguro Social.
3. **Date of Birth: Fecha de Nacimiento:** Ingrese la fecha de nacimiento del beneficiario.
4. **HICN:** Ingrese el número de HICN del beneficiario tal como aparece en la tarjeta de Medicare.

Información del Proveedor

1. **Supplier Name: Nombre del Proveedor:** Nombre de la empresa/proveedor.
2. **Contact's Name: Nombre del Contacto:** Nombre y Apellido de la persona que está solicitando la pre-revisión.
3. **Address: Dirección:** Dirección de facturación del proveedor.
4. **Phone Number: Número de Teléfono:** Ingrese el número de teléfono al cual se puede llamar a la persona de contacto en caso de que requiera información adicional.
5. **National Provider Number (NPI):** Ingrese el número de NPI de 10 dígitos asignado por el "National Plan and Provider Enumeration System."
6. **Provider Transaction Access Number (PTAN):** Ingrese el número asignado por el DME MAC.

Instrucciones

Por favor envíe esta página y toda la documentación de respaldo al fax número:
1.615.664.5905

La portada del fax (fax cover sheet) deberá ser la primera, seguida por el formulario completo y después la documentación de respaldo.

Si se envía por correo, envíe toda la documentación de respaldo a: CGS
PO BOX 20010
Nashville, TN 37202

La participación en CGS ConnectSM no excluye a los proveedores de los procesos de auditoría. Nuestra revisión y recomendaciones bajo el programa de CGS ConnectSM son para propósitos educativos solamente y no garantizan pago por los servicios facturados. CGS ConnectSM le ofrece evaluación profesional de su documentación pre-reclamación y le provee educación individualizada para prevenir errores futuros relacionados con la documentación.

Para obtener información adicional y ayuda, visite la página de internet de CGS en: <http://www.cgsmedicare.com/>