

# 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

**Number of pages submitted (including coversheet): Número de páginas enviadas incluyendo el formulario:** Escriba el número total de páginas que está enviando, incluyendo el formulario de solicitud

**Medicare Number: Número de Medicare:** Escriba el número de Medicare del beneficiario

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

**Date of Birth: Fecha de Nacimiento:** Escriba la fecha de nacimiento del Beneficiario

**Height (if needed to support the medical necessity): Altura (si es necesario para justificar la Necesidad Médica):** 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 Médica):** Escriba el peso del beneficiario en libras

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

**Diagnosis Code (Narrative Description is not sufficient): Código de Diagnóstico:** Escriba los códigos de diagnóstico relacionados con la necesidad del equipo. La descripción no es suficiente

## 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

**PTAN Number: Número de PTAN**

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

**Phone Number: Número de Teléfono:** Escriba el número de teléfono de su empresa

## Physician Information:

### Información del Médico:

**Name: Nombre:** Nombre del Médico

**NPI: NPI del Médico**

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

**Phone Number: Número de Teléfono:** Número de Teléfono de la Oficina del Médico

## 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 médica de soporte
3. Envíe la solicitud por correo a la siguiente dirección

CGS  
ATTN: ADMC  
PO BOX 20010  
Nashville, TN 37202

O por Fax al número: 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)

Orden Escrita Estándar: Nombre del beneficiario o MBI del beneficiario, descripción general de los artículos, lista de los suministros ordenados que se van a facturar por separado, cantidad a despachar (si aplica), fecha de la orden, nombre del profesional tratante o NPI y firma del profesional tratante.

### Sillas de Ruedas Motorizadas (PWC)

Orden Escrita Estándar (Orden Escrita Antes de la Entrega): Nombre del beneficiario o MBI del beneficiario, descripción general de los artículos, lista de los suministros ordenados que se van a facturar por separado, cantidad a despachar (si aplica), fecha de la orden, nombre del profesional tratante o NPI y firma del profesional tratante. DEBE completarse dentro de los seis meses contados a partir de la fecha del examen cara a cara requerido.

**Tanto las MCW como los PMD requieren también los siguientes documentos:**

- Evaluación del especialista que respalde la necesidad médica para la w/c y los accesorios, información que muestre que no hay relación financiera con el proveedor
- Información que respalde la participación del ATP y sus credenciales
- Información del expediente médico del paciente que respalde la necesidad médica de la w/c y los accesorios
- Información que demuestre que la casa del beneficiario tiene los accesos adecuados.