

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 Medica): 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 Medica): 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.