

SOLICITUD DE RESURTIDO FORMULARIO SUGERIDO

Este no es un formulario obligatorio. CGS creó este formulario para ayudarle a obtener la documentación de respaldo de una solicitud de resurtido para las **fechas de servicio de enero 1, 2024 y posteriores.**

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre de la Empresa	
Nombre y Título del Empleado	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	
Representante autorizado, si aplica. <i>Incluya la relación con el paciente (altamente recomendado)</i>	
Identificación (ID) del paciente	
Fecha de solicitud del resurtido	

ARTÍCULOS SOLICITADOS

1	Descripción del artículo solicitado:		
	El paciente o el representante autorizado afirmó la necesidad del resurtido:	Sí	No
2	Descripción del artículo solicitado:		
	El paciente o el representante autorizado afirmó la necesidad del resurtido:	Sí	No
3	Descripción del artículo solicitado:		
	El paciente o el representante autorizado afirmó la necesidad del resurtido:	Sí	No

Revise el Artículo de los Requisitos para la Documentación Estándar para Todas las Reclamaciones Enviadas a los DME MAC "Standard Documentation Requirements for All Claims Submitted to DME MACs" A55426

<https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/article.aspx?articleid=55426>

