

Equipos médicos duraderos (DME) de Medicare Advantage

Formulario de solicitud de autorización de prótesis y órtesis



IMPORTANTE

- Las reclamaciones enviadas para estos beneficios están sujetas a los máximos, deducciones, coseguros o disposiciones vigentes de por vida, según se especifica en el contrato del afiliado. Si corresponde, los beneficios emitidos para los servicios solicitados se restarán del beneficio máximo de por vida del afiliado. La aprobación de beneficios está sujeta a las siguientes condiciones: a) el número de identificación del afiliado es efectivo en el momento en que se prestan los servicios, b) los beneficios solicitados están disponibles bajo el contrato del afiliado, c) los beneficios de por vida no se han agotado.
- Comuníquese con el área de servicio del proveedor correspondiente para verificar la elegibilidad y los beneficios del afiliado para los servicios solicitados.
- El pago de la reclamación por servicios aprobados no indica el pago por servicios futuros. Todas las reclamaciones futuras se evaluarán de acuerdo con las condiciones de aprobación de beneficios antes mencionadas y el proceso de revisión de la gestión de utilización de CareFirst Medicare Advantage.
- Si tiene alguna pregunta sobre el alcance de esta autorización, llame al 800-334-3427 ext. 6425. Las llamadas se devolverán dentro de un día hábil.

Envíe por fax el formulario completo al 443-753-2343.

Proveedores Participantes: para iniciar una solicitud y controlar el estado de su solicitud, visite CareFirst Direct en carefirst.com.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR PARA LA PROVISIÓN DE DME

Fecha de la solicitud	Fecha del servicio	Proveedor/Empresa
Número de identificación del proveedor	Número de fax del proveedor	Número de teléfono del proveedor
Dirección del proveedor		Nombre de contacto de la agencia

INFORMACIÓN DE REFERENCIA DEL PROVEEDOR DE DME

Fecha de la solicitud	Fecha del servicio	Proveedor/Empresa
Número de identificación del proveedor	Número de fax del proveedor	Número de teléfono del proveedor
Dirección del proveedor		Nombre de contacto de la agencia

INFORMACIÓN DEL AFILIADO/PACIENTE

Nombre del afiliado	Número de identificación del afiliado	Fecha de nacimiento del afiliado
---------------------	---------------------------------------	----------------------------------

Equipo/artículos solicitados	Alquiler/Compra ("R" o "P")	Código(s) HCPC	Unidades por

Código(s) de Diagnóstico (ICD-10)	Número de la autorización anterior
-----------------------------------	------------------------------------

SOLO PARA USO INTERNO DE OFICINAS

Número de autorización de los artículos para compra	Válido desde _____ al _____
Número de autorización de los artículos para alquiler	Válido desde _____ al _____