

RECETA MÉDICA PARA SUMINISTROS DE INCONTINENCIA EDADES 4 - 20

(Pañales, Pull-Ons, Forros, Almohadillas protectoras, Toallitas húmedas y Guantes no estériles)

Solicitud inicial _____

Enmienda _____

Recertificación _____



OKLAHOMA
Health Care Authority

DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

SECCIÓN I - INFORMACIÓN MÉDICA

Ordering Physician MUST be SoonerCare Contracted

Solicitud inicial: _____

ID o NPI del proveedor: _____

Nombre de contacto: _____

Número telefónico: _____

SECCIÓN II - INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre: _____

ID de miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número telefónico: _____

SECCIÓN III

Peso: _____ (lbs)

Tipo de incontinencia: Urinaria _____ Fecal _____ Mixta _____

Sexo: M _____ F _____

Duración prevista de la necesidad: Meses _____ O de por vida _____

SECCIÓN IV

CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO: _____

(debe incluir el código de diagnóstico de incontinencia así como otros diagnósticos médicos relacionados con la necesidad de suministros para la incontinencia)

SECCIÓN V - MOVILIDAD

Ambulatorio sin asistencia: _____

Ambulatorio con asistencia: _____

No ambulatorio

SECCIÓN VI - FUNCIÓN COGNITIVA

Capaz de comunicar necesidades (verbal o no verbal) _____

Incapaz de comunicar sus necesidades _____

SECCIÓN VII - PRODUCTOS ABSORBENTES SOLICITADOS (DEBE SER UN NÚMERO)

Pañales: _____ #/Mes

Pull-ons: _____ #/Mes

Almohadillas protectoras (reutilizables): Silla _____ #/Mes

Almohadillas protectoras (Desechables): _____ #/Mes

Guantes no estériles (100 por caja) _____ #Caja/Mes

Forros/Protectores: _____ #/Mes

Almohadillas protectoras

(Desechables): _____ #/Mes

Cama: _____ #/Mes

Toallitas húmedas: _____ #/Mes

SECCIÓN VIII

FIRMA DEL MÉDICO: _____ **FECHA:** _____

Una vez haya completado TODOS los cuadros anteriores, envíe el formulario por correo electrónico a DME@peoplefirstinc.org o por fax a 1-877-310-2124 o 580-920-1753

SECCIÓN DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PREVIA DEL PROVEEDOR DE DME

DEBE SER COMPLETADO POR PEOPLE FIRST INDUSTRIES

PA # _____

Proveedor de DME: **PEOPLE FIRST INDUSTRIES**

Teléfono: **1-866-895-9956**

Periodo del servicio: De:

Hasta:

ID de proveedor de DME: **1992975700**

Assignment Code: 12 - DME

Línea de artículo	Código HCPCS	Descripción (debe figurar en una sola línea)	Total de unidades por periodo
A			
B			
C			
D			
E			
F			
G			
H			
I			
J			
K			