

PRESCRIPCIÓN PARA ZAPATOS Y PLANTILLAS TERAPÉUTICAS

Nombre del Paciente: _____

MBI#: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Cantidad:	Código HCPCS:	Descripción
<input type="checkbox"/> 1	A5500	Zapatos extra profundos para diabéticos, par
<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	A5512	Plantillas termomoldeables prefabricadas, par
<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	A5514	Plantillas fabricadas a la medida, par

1 Relleno de pie parcial Anodyne (L5000) - D Iz BL

2 Plantillas Anodyne fabricadas a la medida (A5514) - D Iz

Otro: _____

Diagnóstico: Diabetes Mellitus y _____
_____ (condiciones del pie que califiquen).

Objetivos Terapéuticos:

- Prevenir la ulceración y otras complicaciones del pie
- Distribución de peso, equilibrio y presión plantar

Tiempo de uso: 12 meses

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Nombre del Médico (letra de molde): _____ NPI: _____

Dirección del Médico: _____

* Por favor, asegúrese de que este formulario lo complete el **DPM, MD, DO, PA, NP o CNS** que realizó el examen de los pies del paciente. No se permiten firmas estampadas.

DECLARACIÓN DEL MÉDICO CERTIFICADOR PARA PLANTILLAS Y ZAPATOS TERAPÉUTICOS

Nombre del Paciente: _____

MBI#: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor, complete esta Declaración del Médico Certificador para el paciente mencionado anteriormente para que podamos proporcionarle al paciente zapatos y plantillas terapéuticas.

Para calificar para el reembolso de Medicare, se requiere que el Médico de Atención Primaria certifique que el paciente cumple con una o más de las condiciones que se enumeran a continuación.

Certifico que todas las siguientes declaraciones son verdaderas:

- 1 El paciente tiene diabetes mellitus.
- 2 Este paciente tiene una o más de las siguientes condiciones (indique todas las que correspondan):

- Antecedentes de amputación parcial o completa del pie
- Antecedentes de ulceraciones previas del pie
- Antecedentes de callo preulceroso
- Neuropatía periférica con evidencia de formación de callos
- Deformidad del pie
- Mala circulación

*** Por favor, asegúrese de que esta(s) condición(es) sean consistentes y estén respaldadas por los hallazgos clínicos anotados en las Notas del Examen de Control de la Diabetes y/o el Examen de los Pies del Paciente.**

- 3 Estoy tratando a este paciente bajo un plan integral de atención para la diabetes.
- 4 Este paciente necesita zapatos y plantillas especiales para ayudar a prevenir las complicaciones derivadas de la diabetes.

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Nombre del Médico (letra de molde): _____ NPI: _____

Dirección del Médico: _____

*Por favor, asegúrese de que este formulario sea completado únicamente por el **MD o DO**. No se permiten firmas estampadas.

ESTIMADO DOCTOR,

Recientemente recibí una evaluación preliminar de pie diabético que indicó que tengo un riesgo significativo de desarrollar complicaciones en el pie relacionadas con la diabetes y puedo calificar para calzado y plantillas bajo la Ley de Calzado Terapéutico de Medicare.

Para calificar para el reembolso de Medicare, se requiere que el Médico de Atención Primaria (MD o DO) de un paciente certifique que el paciente cumple con una o más de las condiciones de calificación enumeradas en la Declaración del Médico Certificador (incluida).

Para cumplir con este requisito, le pido que envíe o proporcione mis Notas del Examen de Control de la Diabetes más recientes **(1)** y complete y devuelva los formularios adjuntos **(2 y 3)**:

1 Nota del Examen de Control de la Diabetes

- Firmada y fechada solo por el **MD o DO**.
- Hecha en los últimos 6 meses; Firmada y Fechada.
- Los hallazgos de los pies deben respaldar los elementos que se verifican en la Declaración del Médico Certificador.

2 Declaración del Médico Certificador

- Completa, con firma y fecha del **MD o DO únicamente**.

3 Prescripción para Zapatos y Plantillas para Diabéticos

- Completa, con firma y fecha del **DPM, MD, DO, PA, NP o CNS** que realizó el examen de los pies.

Si usted no puede proveer inmediatamente estos documentos a mi, por favor de enviarlos por facsímil:

Contacto de proveedor.



¿Calificas para Anodyne?

LLEVA ESTO A SU DOCTOR PRIMARIO

Instrucciones importante de documentación Medicare