



Orden médica - Formulario para pacientes diabéticos

Remita el formulario por fax con la firma del médico y la fecha al **1-866-855-5888** (fax libre de cargos)

Fecha de inicio **requerida:** _____

ID de Medicare del paciente: _____ ID de Medicaid: _____ (si corresponde)

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

1 → Diagnóstico de diabetes ICD-9

Código de diagnóstico: _____ Otro: _____

Diabetes tipo: _____

2 → ¿Tratamiento con inyecciones de insulina? _____ Sí _____ No

¿Usa bomba de infusión para administrar insulina? _____ Sí _____ No

3 → Medición de HBA1C _____

4 → Pruebas frecuentes _____ veces/día

Número de tiras y lancetas prescritas por un período de 90 días es igual a
1 vez al día=100 | 2v al día=200 | 3v al día=300 | 4v al día=400 | 5v al día=500

Servicios de Medicare aprobados:

Medidor Solución de control Batería para el monitor Dispositivo de lancetas

5 → Pautas de utilización de Medicare

Medicare requiere explicación para pruebas realizadas más de una vez al día por pacientes que no son usuarios de insulina o más de tres veces al día por pacientes insulino-dependientes; por lo tanto, confirmo que he visto a este paciente en los últimos seis meses para evaluar su control de la diabetes y es por lo que a continuación doy la(s) razón (razones) por la(s) que se realizan las pruebas con más frecuencia.

Por medio de la presente y con mi firma hago constar que los materiales arriba prescritos son clínicamente necesarios para el bienestar del paciente. Considero que las provisiones son razonables y necesarias, de acuerdo con los estándares aceptados en práctica médica para el tratamiento de la afección de este paciente y no se han prescrito como provisión de conveniencia. Al firmar este formulario certifico que la información anterior es correcta y verídica.

6 → Ponga su firma y la fecha y proporcione la información que haga falta

Nombre del médico: _____ UPIN: _____ NPI: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Firma del médico: _____ **Fecha:** _____

[Se requiere la firma original y la fecha]

Remita el formulario original a: **Walgreens Medicare Processing**, P.O. BOX 4000 DANVILLE, IL 61834-4000
Teléfono: 1-888-281-0590

O envíelo por fax al: 1-866-855-5888

Tienda #: _____ Grupo #: _____

Sírvase poner sus iniciales y la fecha al lado de los cambios