



INSTRUCCIONES PASO A PASO PARA ZAPATOS TERAPÉUTICOS

STEINMANN PROSTHETICS & ORTHOTICS

3885 FOOTHILLS ROAD, STE. 1, LAS CRUCES, NM 88011

P: 575-532-5900 | F: 575-532-6008

A Steinmann Prosthetics & Orthotics le complace apoyarle en la obtención de sus zapatos terapéuticos. Antes de que podamos programar su cita de adaptación, Medicare requiere algunos pasos con su médico.

Por favor siga las instrucciones a continuación.

PASO 1 — Asegúrese de calificar. Usted debe tener:

- | | |
|---|--|
| <p>✓ Diabetes Mellitus Y
(E0.8.00 through E13.0)</p> | <p>✓ Una de estas condiciones del pie por cada pie:</p> <ul style="list-style-type: none">• Amputación previa del pie o de un dedo del pie• Úlcera previa en el pie• Callo preulcerativo• Neuropatía periférica con formación de callos• Deformidad del pie (juanetes, dedos en martillo, pie de Charcot, deformidad del dedo/pie, etc.)• Mala circulación en cualquiera de los pies |
|---|--|

Tenga en cuenta: Un diagnóstico de diabetes por sí solo no califica.

PASO 2 — Visite a su médico que maneja su diabetes

Debe tener una visita con el médico que maneja su diabetes. Este médico debe ser un MD o DO. Los NP o PA pueden realizar la visita si trabajan "Incident to" (bajo la supervisión) de un médico supervisor. Durante esta visita su médico:

- Revisará el cuidado de su diabetes
- Documentará la condición de sus pies
- Firmará la Receta, el CMS y la Certificación para Zapatos Diabéticos adjuntos

Tenga en cuenta: Esta visita debe ocurrir dentro de los 6 meses antes de recibir sus zapatos.



INSTRUCCIONES PASO A PASO PARA ZAPATOS TERAPÉUTICOS

STEINMANN PROSTHETICS & ORTHOTICS

3885 FOOTHILLS ROAD, STE. 1, LAS CRUCES, NM 88011

P: 575-532-5900 | F: 575-532-6008

PASO 3 — Si otro proveedor revisa sus pies

A veces un podólogo, enfermero(a) practicante (NP) o asistente médico (PA) puede examinar sus pies.

Si esto sucede:

- Ellos documentarán la condición de sus pies
- Su médico principal (MD/DO) debe revisar y firmar aprobando su nota clínica.

Tenga en cuenta: Medicare requiere que el MD/DO que maneja su diabetes firme la certificación final.

PASO 4 — Usted o su médico deben enviarnos estos registros

Antes de que podamos proceder con el pedido de sus zapatos y plantillas, debemos recibir:

1. **Notas clínicas de la visita de diabetes** de su cita reciente de diabetes
2. **Notas clínicas del examen de los pies** que muestren sus condiciones calificantes del pie
3. **Formularios de Receta, CMS y certificación** firmados por un MD/DO certificador (vea los formularios adjuntos)

Tenga en cuenta: Medicare requiere notas clínicas detalladas. Los códigos de diagnóstico por sí solos no son suficientes.

PASO 5 — Programe su cita con Steinmann Prosthetics & Orthotics

Una vez que recibamos la documentación calificante de su médico, nos comunicaremos con usted para programar su cita.

Recordatorio Importante

Si no recibimos la documentación requerida de su médico, Medicare denegará la cobertura y usted será responsable del costo total. Seguir estos pasos ayuda a asegurar que sus zapatos sean aprobados lo más rápido posible. Por favor comuníquese con nuestra oficina si tiene alguna pregunta sobre los criterios de documentación.



RECETA PARA ZAPATOS TERAPÉUTICOS

STEINMANN PROSTHETICS & ORTHOTICS

3885 FOOTHILLS ROAD, STE. 1, LAS CRUCES, NM 88011

P: 575-532-5900 | F: 575-532-6008

Nombre del Paciente:

Fecha:

Fecha de Nacimiento:

Género:

Seguro Primario:

ID Primario:

Seguro Secundario:

ID Secundario:

Códigos de Diagnóstico:

Código de Diabetes (E0.8.00 - E13.0) _____

Código(s) ICD-10 Calificante(s) del Pie _____

Marque lo recomendado (Tenga en cuenta: se puede ordenar hasta 1 relleno de dedo por lado o 3 plantillas por lado)

☐ _____ par(es) de plantilla(s) multidensidad moldeada(s) a la medida (A5513) con 1 par de zapatos de profundidad extra (A5500).

☐ _____ par(es) de plantilla(s) multidensidad moldeada(s) al calor (A5512) con 1 par de zapatos de profundidad extra (A5500)

☐ _____ relleno de dedo a la medida (L5000) y _____ plantilla(s) multidensidad moldeada(s) a la medida (A5513) con 1 par de zapatos de profundidad extra (A5500)

☐ Otras opciones - Especifique: _____

☐ Modificación(es) de plantilla o relleno de dedo - Especifique: _____

Marque todo lo que aplique:

☐ Para reducir el dolor restringiendo la movilidad de la parte del cuerpo afectada.

☐ Para facilitar la sanación después de un procedimiento quirúrgico en la parte del cuerpo afectada o el tejido blando relacionado.



RECETA PARA ZAPATOS TERAPÉUTICOS

STEINMANN PROSTHETICS & ORTHOTICS

3885 FOOTHILLS ROAD, STE. 1, LAS CRUCES, NM 88011

P: 575-532-5900 | F: 575-532-6008

- ☐ El paciente ha tenido cambios en la forma de la parte del cuerpo afectada debido a un cambio en el diagnóstico/cirugía, pérdida/aumento de peso.
- ☐ Para facilitar la sanación después de una lesión en la parte del cuerpo afectada o el tejido blando relacionado.
- ☐ Reemplazo del dispositivo debido al desgaste normal o (se han hecho todos los intentos de reparar el dispositivo).
- ☐ Para apoyar músculos débiles o una deformidad de la parte del cuerpo afectada.

Yo, el abajo firmante, certifico que lo anterior está médicamente indicado y, en mi opinión, es razonable y necesario con referencia a los estándares y tratamientos actualmente aceptados para la condición física de este paciente. La fecha efectiva de la necesidad médica es inmediata y la duración de la necesidad está indicada por el progreso del paciente.

Firma del Proveedor: _____ Fecha: _____

NPI #: _____ Nombre del Proveedor:

Dirección del Proveedor: _____

Teléfono del Proveedor: _____ Fax del Proveedor:

Para el cumplimiento del seguro, si la firma anterior no es de un MD/DO, por favor obtenga la firma del MD/DO a continuación:



RECETA PARA ZAPATOS TERAPÉUTICOS

STEINMANN PROSTHETICS & ORTHOTICS

3885 FOOTHILLS ROAD, STE. 1, LAS CRUCES, NM 88011

P: 575-532-5900 | F: 575-532-6008

Nombre del MD/DO: _____ NPI: _____

Firma del MD/DO: _____ Fecha: _____



DECLARACIÓN DEL MÉDICO CERTIFICADOR PARA ZAPATOS TERAPÉUTICOS

STEINMANN PROSTHETICS & ORTHOTICS

3885 FOOTHILLS ROAD, STE. 1, LAS CRUCES, NM 88011

P: 575-532-5900 | F: 575-532-6008

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Yo, el abajo firmante, certifico que todas las siguientes declaraciones son verdaderas:

☐ Este paciente tiene diabetes mellitus. **Código ICD-10 (E0.8.00 - E13.0)**

Y este paciente tiene una o más de las siguientes condiciones. (Marque todo lo que aplique):

- ☐ Historial de amputación parcial o completa del pie
- ☐ Historial de ulceración previa del pie
- ☐ Historial de callo preulcerativo
- ☐ Neuropatía periférica con evidencia de formación de callos
- ☐ Deformidad del pie
- ☐ Mala circulación

Especifique para cada lado - el código de diagnóstico y la ubicación del problema (p. ej., el paciente tiene dedos en martillo bilaterales #2-#5; Códigos ICD-10 M20.41 y M20.42)

Lado Izquierdo:

Lado Derecho:

Confirme Todo (Debe completar y marcar las casillas):

- ☐ Estoy tratando a este paciente bajo un plan integral de atención para su diabetes.
- ☐ Este paciente necesita zapatos especiales (zapatos de profundidad o moldeados a la medida) debido a su diabetes.
- ☐ La información anterior está documentada en el expediente médico del paciente.



RECETA PARA ZAPATOS TERAPÉUTICOS

STEINMANN PROSTHETICS & ORTHOTICS

3885 FOOTHILLS ROAD, STE. 1, LAS CRUCES, NM 88011

P: 575-532-5900 | F: 575-532-6008

Los PA-C o ARNP no son elegibles para firmar este formulario según las pautas de Medicare para Zapatos Terapéuticos.

Nombre del MD/DO: _____ NPI: _____

Firma del MD/DO: _____ Fecha: _____

CERTIFICATE OF MEDICAL NECESSITY
CMS-854 — CONTINUATION FORM

DME 11.02

PATIENT NAME	MEDICARE ID
--------------	-------------

SECTION C

Narrative Description of Equipment and Cost *(continued)*

(1) Narrative description of all items, accessories and options ordered; (2) Supplier's charge; and (3) Medicare Fee Schedule Allowance for each item, accessory and option. (see instructions on back.)

SECTION D

PHYSICIAN Attestation and Signature/Date

I certify that I am the treating physician identified in Section A of this form. I have received Sections A, B and C of the Certificate of Medical Necessity (including charges for items ordered). Any statement on my letterhead attached hereto, has been reviewed and signed by me. I certify that the medical necessity information in Section B is true, accurate and complete, to the best of my knowledge, and I understand that any falsification, omission, or concealment of material fact in that section may subject me to civil or criminal liability.

PHYSICIAN'S SIGNATURE _____ DATE ____/____/____