

**FORWARDHEALTH  
RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE INFORMACIÓN SOBRE LA HISTERECTOMÍA  
INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR**

**FORWARDHEALTH  
ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF HYSTERECTOMY INFORMATION  
COMPLETION INSTRUCTIONS**

ForwardHealth requiere de cierta información para permitir que los programas autoricen y paguen por los servicios médicos proporcionados a miembros elegibles.

Los miembros de ForwardHealth tienen que dar a los proveedores información completa, correcta y veraz para la presentación de reclamaciones correctas y completas de reembolso. Esta información debe incluir, pero no estar limitada a, información sobre el estatus de inscripción, el nombre exacto, dirección y número de identificación de miembro (DHS 104,02 [4], Wis Admin.Code).

Bajo la s. 49.45(4), Wis. Stats., la información personal identificable de los solicitantes y miembros del programa es confidencial y se usa para fines directamente relacionados con la administración de ForwardHealth tales como determinar elegibilidad del solicitante, solicitudes de procesamiento de autorización previa (PA), o procesamiento de reclamos de reembolso de proveedores. La falta a suministrar la información solicitada en el formulario podría resultar en la denegación del PA o pago por servicio.

**INSTRUCCIONES**

El formulario de Reconocimiento de Recibo de Información sobre la Histerectomía, F-01160S, debe ser completado por un médico antes de que se realice la cirugía. Usted tiene que cargar el formulario a través de ForwardHealth Portal para reclamaciones presentadas electrónicamente o adjuntarlo por papel a través del Formulario de Reclamación de Seguro de Salud 1500 (1500 Health Insurance Claim Form) o al Formulario de Reclamación UB-04 (UB-04 Claim Form). **El formulario de Reconocimiento de Recibo de Información, F-01160S, es obligatorio; utilice una copia exacta. ForwardHealth no aceptará versiones alternativas (es decir, mecanografiadas o con cambios en el formato) del formulario de Reconocimiento de Recibo de Información, F-01160S.**

El re-embolso de ForwardHealth para una histerectomía requiere que se complete el formulario de Reconocimiento de Recibo de Información, F-01160S. El formulario de Reconocimiento de Recibo de Información sobre la Histerectomía, F-01160S, no se debe utilizar para fines de consentimiento de esterilización. Un miembro tiene que dar su consentimiento voluntario por escrito en el formulario Consentimiento para Esterilización Formulario, F-01164S (Consent for Sterilization, F-01164). Su consentimiento en este formulario es requerido por las leyes federales; se puede localizarlo en la página de Formularios del Portal de ForwardHealth en [www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/provider/forms/index.htm.spaga](http://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/provider/forms/index.htm.spaga).

**Nombre — Miembro**

Escriba el apellido, nombre e inicial del segundo nombre del miembro. Use el Sistema de Verificación de Inscripción de Wisconsin (Wisconsin's Enrollment Verification System — EVS) para obtener la forma correcta de deletrear el nombre del miembro. Si el nombre o la forma de deletrear el nombre en la tarjeta de identificación de ForwardHealth y el del EVS no coinciden, use el nombre de la forma que aparece en el EVS. El nombre en este elemento tiene que coincidir con el nombre que aparece en el reclamo.

**Número de Identificación del Miembro**

Escriba el número de identificación (ID) del miembro. No escriba ningún otro número o letra. Este número de identificación tiene que coincidir con el número que aparece en el reclamo.

**Dirección — Miembro**

Escriba la dirección del miembro. Use el EVS para obtener la dirección del miembro.

**Nombre — Médico**

Escriba el nombre del proveedor que prestó el servicio.

**Identificador de Proveedor Nacional (National Provider Identifier)**

Escriba el Identificador de Proveedor Nacional (NPI por sus siglas en inglés) del proveedor que prestó el servicio. El NPI del proveedor tiene que coincidir con el NPI indicado en el reclamo.

**Nombre — Miembro**

Escriba el nombre del miembro. El nombre en este elemento tiene que coincidir con el nombre del miembro se escribió en la parte superior del formulario.

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE INFORMACIÓN SOBRE LA HISTERECTOMÍA**  
**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR**  
F-01160AS (06/13)

**Firmas — Miembro, Representante e Intérprete**

**Miembro** — El miembro tiene que firmar y fechar este elemento. (La firma de este formulario no requiere que el miembro se someta a la cirugía de histerectomía.)

**Representante** — El representante tiene que firmar y fechar este elemento si el miembro requirió de un representante.

**Intérprete** — Un intérprete tiene que firmar y fechar este elemento si el miembro no entiende el idioma que se usó en el formulario y si se requirió de un intérprete para traducir esta información.

**Fecha de la Firma**

Escriba la fecha de la firma en que el miembro firmó el formulario de Reconocimiento de Recibo de Información sobre la Histerectomía (Formulario F-01160S) en este elemento. Esta fecha tiene que ser el mismo día o en fecha anterior al servicio del reclamo.