

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

**FORWARD HEALTH
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 proporcionadas a miembros elegibles.

Los miembros de *ForwardHealth* son requeridos a 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 estado de inscripción, el nombre exacto, dirección y número de identificación de miembro (HFS 104,02 [4], Wis Admin.Código).

En virtud de 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 por el formulario podría resultar en la denegación del PA o pago por servicio.

INSTRUCCIONES

El reconocimiento de recibo de información sobre la histerectomía, F-1160, debe ser completado por un médico antes de que se realice la cirugía y se debe de añadir al Formulario de Reclamación de Seguro de Salud 1500. **Este formulario es obligatorio; use una copia exacta de este formulario.** *ForwardHealth* no aceptará versiones alternativas (es decir, mecanografiar o cambiar el formato) de este formulario.

El reembolso de *ForwardHealth* para una histerectomía requiere que se complete este formulario o un formulario similar con la misma información. Este formulario no se usa para fines de consentimiento de esterilización. Los miembros deben de dar su consentimiento voluntario por escrito sobre el formulario de *Sterilization Informed Consent*, F-1164 requerido por el gobierno federal.

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 escribir el nombre del miembro. Si el nombre o la forma de escribir el nombre en la tarjeta de identificación de *ForwardHealth* y el del EVS no coinciden, use el nombre de la forma en que aparece en el EVS. El nombre en este elemento debe coincidir con el nombre que aparece en el reclamo.

Número de Identificación del Miembro

Escriba el ID del miembro. No escriba ningún otro número o letra. Este número de identificación debe 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.

Identificación de Proveedor Nacional

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

Nombre — Miembro

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

Firmas — Miembro, Representante e Intérprete

Miembro — El miembro debe 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 debe firmar y fechar este elemento si el miembro requirió de un representante.

Intérprete — Un intérprete debe firmar y fechar este elemento si el miembro no entiende el idioma que se uso 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 Reconocimiento de Recibo de Información sobre la Histerectomía (Formulario F-01160 A) en este elemento. Esta fecha debe ser el mismo día o en fecha anterior al servicio del reclamo.

Continúa

FORWARDHEALTH
RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE INFORMACIÓN SOBRE LA HISTERECTOMÍA
ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF HYSTERECTOMY INFORMATION

Instrucciones: Escriba en letra de molde. Antes de completar el formulario, refiera a las instrucciones para Completar el formulario F-1160A, Reconocimiento de Recibo de Histerectomía.

Nombre — Miembro	Número de Identificación del Miembro
------------------	--------------------------------------

Dirección — Miembro

Nombre — Médico	Identificación de Proveedor Nacional
-----------------	--------------------------------------

Se le ha explicado a _____ (a mí) que la histerectomía que se

(Nombre — Miembro)

Realizará en ella (mí) la dejará a ella (a mí) permanentemente incapaz de reproducir.

FIRMAS — Miembro, Representante, e Intérprete

Miembro	Fecha de la Firma
Representante	Fecha de la Firma
Intérprete	Fecha de la Firma



F-1160