

Por favor, revise y complete el siguiente formulario y devuélvelo por fax a: (910) 452-2913 o (855) 899-0215

División de Urología

Por favor complete todas las secciones necesarias e incluya una HOJA DEMOGRÁFICA con información de seguro del paciente.

Fecha: _____ Nombre del Paciente: _____ Teléfono: _____

FDN: _____ Dirección del Paciente: _____

Seguro Primario del Paciente/ID#: _____

Seguro Secundario del Paciente/ID#: _____

Suministros Urológicos

Catéteres Intermitentes:

Tamaño Fr. _____ Derecho
 Coude
 Hidrófila

Cantidad: Dia _____ Mes _____ Masculino

Tiempo de Necesidad _____ Femenino

Suministro de 90 Días Pediátrico

Foley:

Tamaño _____ Globo _____ cc

Látex Silicona

Externo:

Tamaño _____ Cantidad 35

Cantidad por Mes _____

Brand:

- Bard/Magic 3
- Coloplast/SpeediCath
- Cure
- Hollister
- MTG
- Rusch/Teleflex
- Wellspect/Lofric

Inscriba al paciente en el programa de apoyo del fabricante.

Código de Diagnóstico:

- Retención urinaria permanente / R33.9
- Incontinencia urinaria Permanente / R32
- HPB con obstrucción urinaria y otros síntomas del tracto urinario inferior (LUTS) / N40.1
- Otro _____

Cada configuración debe incluir los siguientes accesorios (según sea necesario): Bandeja de inserción, Lubricación, Tubos de Extensión, Bolsa de Pierna, Bolsa de Drenaje, Palillos de hisopo (alcohol/betadine), Cloruro de Sodio (500/1000 ml), Lubricante, Válvulas de Drenaje, Guantes y Jeringas.

** Por favor, tenga en cuenta que en el caso de que un paciente tiene una necesidad médica de catéteres coude o kits de catéteres estériles intermitentes, se requerirá documentación adicional.*

Nombre del Médico: _____ NPI #: _____ Teléfono#: _____

Firma del Médico: _____ (NO firmas estampadas)

Fecha: _____

Nombre del Enfermera / Asistente Médico: _____

Aviso de confidencialidad:

La información contenida en esta correspondencia y los archivos adjuntos que se acompañan están destinadas para uso personal y confidencial de la persona o entidad a la que va dirigida. Si el recipiente del mensaje no es el destinatario, se le notifica que ha recibido este documento por error, y que cualquier opinión, difusión, distribución o copia de esta comunicación está estrictamente prohibido. Esta correspondencia y cualquier archivo adjunto que se acompañan o documentación, pueden contener información privilegiada, confidencial y/o de otra manera exentos de la divulgación en virtud de la legislación aplicable. Si ha recibido este mensaje por error, por favor llámenos para concertar la destrucción o devolución de esta comunicación (800) 593-5556. Recibo por nadie más que el destinatario no es una renuncia a la prerrogativa del secreto profesional o el trabajo productivo.

MEDICAL DOCUMENTATION REQUIREMENTS FOR CATHETERS

ICD 10 CODES:

PRIMARY DIAGNOSIS: (If Patient has Medicare as their primary insurance, they MUST have one of the following primary ICD 10 codes for catheter coverage)

R33.9 Retention of Urine, Unspecified

R32 Unspecified Urinary Incontinence

SECONDARY DIAGNOSIS:

753.5 Q64.10- Exstrophy of Urinary Bladder, Unspecified

Q64.19- Other Exstrophy of Urinary Bladder

598.00 N35.111- Postinfective Urethral Stricture, Not Elsewhere Classified, Male Meatal

340. G35- Multiple Sclerosis

596.54 N31.9- Neuromuscular Dysfunction of Bladder, Unspecified

741.90 Q05.8- Sacral Spina Bifida Without Hydrocephalus

596.0 N320- Bladder Neck Obstruction

344.1 G82.20- Paraplegia, Unspecified

788.21 R39.14- Feeling of Incomplete Bladder Emptying

185. C61- Malignant Neoplasm of Prostate

344.0 G82.50- Quadriplegia, Unspecified

G82.51- Quadriplegia, C1-C4 Complete

G82.52- Quadriplegia, C1-C4 Incomplete

G82.53- Quadriplegia, C5-C7 Complete

G82.54- Quadriplegia, C5-C7 Incomplete

**MEDICARE GUIDELINES
COUDE CATHETER TIP**

(Please fax notes with the Prescription)

A coude tip catheter is covered when there is documentation in the patient's medical record of a medical necessity for that catheter. An example would be the inability to catheterize with a straight tip catheter, BPH, stricture. A coude is rarely covered for a female.

CLOSED KIT OR STERILE INTERMITTENT CATHETER KIT

(Please fax notes with prescription)

- The patient is immunosuppressed, for example (not all-inclusive):
 - On a regimen of immunosuppressive drugs post-transplant,
 - On cancer chemotherapy,
 - Has AIDS,
 - Has a drug-induced state such as chronic oral corticosteroid use
- The patient is a spinal cord injured female with Neurogenic Bladder who is pregnant (for duration of pregnancy only),
- Patient has TWO urinary tract infections with urine cultures showing a colony count greater than 10,000 within the last 12 months while on sterile intermittent catheterization technique (SIC). Needs to also show concurrent presence of one or more of the following signs/symptoms:

- Fever (oral temperature greater than 38° C [100.4° F])
- Systemic leukocytosis
- Change in urinary urgency, frequency, or incontinence
- Appearance of new or increase in autonomic dysreflexia (sweating, bradycardia, blood pressure elevation)
- Physical signs of prostatitis, epididymitis, orchitis
- Increased muscle spasms
- Pyuria (greater than 5 white blood cells [WBCs] per high-powered field)

Usual Maximum Amount per Month

PRODUCT	QTY
Sterile Catheters	200
Coude Catheters	200
Sterile Catheter Kits	200
Condom Catheters	35
Leg Bags	1
Drainage/Night Bags	1
Insertion Kit for Foley Catheters	1
Foley Catheters	1