

COMO COMPLETAR EL FORMULARIO CNM – CERTIFICACIÓN NECESIDAD MÉDICA

PARTE 1 – Información general del paciente y selección de terapia.

- Nombre y Apellidos
- DOB (Fecha de nacimiento)
- Tipo de Diabetes
- Fecha de la última visita
- Dirección y teléfono
- ¿Utiliza Bomba de Insulina?
- ¿Está en terapia CGM?
- Nombre Plan Médico
- Número de contrato
- Fecha de efectividad

1a. Únicamente médicos Endocrinólogos. Seleccione si desea la Terapia con Bomba de Insulina Tandem* y debe indicar la frecuencia de los cambios de los Set de Infusión. El paciente debe cumplir con los requisitos descritos en los recuadros **a1** y **a2** como parte de los criterios de CMS.

1b. Seleccione si desea la terapia CGM – Monitor Continuo de Glucosa Dexcom. El paciente debe cumplir con el requisito descrito en el recuadro **b1** como parte de los criterios de CMS.

*** NOTA: Cuando se solicita la Bomba de Insulina se debe seleccionar el CGM Dexcom. El sistema Control IQ solo funcionará con la integración de ambos equipos.**

Formulario CNM está disponible en formato Digital o PDF visitando <https://nazarenoservices.com/documentos>



STATEMENT OF MEDICAL NECESSITY
AND PRESCRIPTION ORDER



** Confidential Patient Health Information **

This form serves as a prescription and Statement of Medical Necessity for the Tandem insulin pump or Dexcom CGM and all related diabetes supplies to be provided by Nazareno Services LLC.

1 PATIENT ORDER INFORMATION (Check Items Being Prescribed)				
Name:	DOB:	<input type="checkbox"/> DMT1 <input type="checkbox"/> DMT2	Last date visit:	
Address:	City:	Zip:	Phone:	
Currently on insulin pump? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Currently on CGM Therapy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Insurance:	ID or Contract #	Effective Date:
<p>a. <input type="checkbox"/> TANDEM t:slim X2™ Insulin Pump with Control-IQ™ (Prescribed only by Endocrinologists)</p> <p>CARTRIDGE & INFUSION SET CHANGE FREQUENCY <input type="checkbox"/> Every 3 day (Qty.30) <input type="checkbox"/> Every 2 day (Qty.50)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Patient/Caregiver has completed diabetes education (including carbohydrate counting) and is motivated to maintain optimal glucose control.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Patient/Caregiver has the ability to operate and can use an insulin pump to manage blood glucose.</p> <p><small>WARNING: Control-IQ technology should not be used by anyone under the age of six years old. It should also not be used in patients who require less than 10 units of insulin per day or who weigh less than 55 pounds.</small></p>				
<p>b. <input type="checkbox"/> DEXCOM G6 Continuous Glucose Monitoring (iCGM)</p> <p><small>Sensors – Sig: Dispense 1-3 boxes • Transmitter – Dispense 2 / 1 Refill • Receiver – Dispense 1 / 0 Refills Direction for use: Site change per manufacture recommendation, up to 90 days unless otherwise noted.</small></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Patient demonstrate an understanding of technology and are motivated to use the device correctly and consistently, are expected to adhere to comprehensive diabetes treatment plan and can use the device to recognize alerts and alarms.</p>				

PARTE 2 – Establece la necesidad clínica del paciente que justifica la solicitud de la terapia seleccionada.

- Cantidad de veces al día que el paciente se pincha los dedos para la muestra de sangre.
- Diagnostico ICD-10
- Cantidad de inyecciones diarias de insulina.
- Insulinas que el paciente está utilizando.

2 SUPPORTING CLINICAL INDICATIONS (Current therapy is failing due to)	
a) # SMBG per day:	b) ICD-10 Diagnosis Code: <input type="checkbox"/> E10.85 <input type="checkbox"/> E10.9 <input type="checkbox"/> E11.9 <input type="checkbox"/> E11.85 Other:
c) # Multiple daily injections per day:	d) Insulin regimen: <input type="checkbox"/> Humalog® <input type="checkbox"/> Novolog® <input type="checkbox"/> Lantus® Other:
<input type="checkbox"/> Recurring episodes severe hyperglycemia	<input type="checkbox"/> Hypoglycemia unawareness
<input type="checkbox"/> History of severe glyemic excursions	<input type="checkbox"/> Dawn phenomenon
<input type="checkbox"/> Require frequent adjustments of the insulin treatment regimen, based on therapeutic BGM or CGM test results.	<input type="checkbox"/> Patient is pregnant or planning pregnancy
<input type="checkbox"/> Patient has been hospitalized or has requires paramedical treatment for low blood sugar.	
<input type="checkbox"/> Evidence of unexplained severe hypoglycemia episodes requiring external assistance for recovery.	
<input type="checkbox"/> Patient performs multiple daily injections consisting of 3-4 or more injections per day and is able to self-adjust insulin doses	
<input type="checkbox"/> Variations in the day-to-day schedule and/or exercise prevent the achievement of successful glyemic control with MDI.	
<input type="checkbox"/> Current Insulin Pump or CGM is out of warranty or its functionality no longer meets the patient's medical need	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Continue current pump settings	
Comments:	

Recuadros: Se marcan todos aquellos eventos que se han presentado o están presente en la condición del paciente. Si el paciente ya posee otra Bomba de Insulina y la misma debe sustituirse es importante marcar el recuadro designado.

PARTE 3 & 4 – Información del médico tratante y/o contrafirma del médico del programa Vital asignado.

3. Información del médico tratante. Es quien está recetando el producto para el paciente.

- Para el CGM Dexcom se aceptan ordenes de médicos Generalistas, de Familia, Internistas y Endocrinólogos.
- Para la Bomba de Insulina Tandem, se aceptan únicamente médicos Endocrinólogos.
- Un médico Internista realizando el *Fellowship* en Endocrinología necesitará que la orden este firmada por el médico *Attending* de la institución.

3 PRESCRIBER PHYSICIAN INFORMATION					
Physician:			Email Address:		
Address:			Phone:		Fax:
City:	State: PR	Zip:	NPI#	PR Lic #:	
Prescribing Provider Signature: X					DATE:
4 PRIMARY CARE PHYSICIAN - VITAL					
Name & signature: X			PR Lic #	NPI#	

Prescribing Provider Attestation and Signature/Date
I certify that I am the prescribing provider identified above and have reviewed all the order information above. Any statement on my letterhead attached here to, has been reviewed and signed by me. I certify all the medical necessity information is true, accurate and complete, to the best of my knowledge. The patient's record contains supporting documentation, which substantiates the utilization and medical necessity of the products marked above. I understand the indications for use and associated warnings and precautions of the products I have prescribed here in. I understand that any falsification, omission, or concealment of material fact may subject me to civil or criminal liability. A copy of this order will be retained as part of the patient's medical record.

Please send completed by email : rx@nazarenollc.com or Fax: 787-288-0704. Contact us at 787-740-2934

4. Beneficiarios del Plan Vital, la forma debe estar contrafirmada por el médico asignado si la misma fue completada por el Endocrinólogo.

Proceso e información adicional

Completado el CNM, se envía a Nazareno Services utilizando el email rx@nazarenollc.com Para que el proceso sea más rápido para el paciente es recomendable incluir con en el email los documentos de requisitos por producto.

- a. Para Dexcom CGM,
 - i. Formulario CNM
 - ii. Copia del Laboratorio Glicosilada más reciente
 - iii. Registros de azúcar de dos semanas.
- b. Para la Bomba de Insulina Tandem t: Slim X2 con Tecnología Control IQ
 - i. Formulario CNM
 - ii. Copia del Laboratorio Glicosilada más reciente
 - iii. Copia del Laboratorio C-Peptide o GAD 65
 - iv. Registros de azúcar de dos semanas
 - v. Evidencia nutricional
- c. **IMPORTANTE NO** enviar los documentos directamente al plan médico. Nazareno Services se encargará del proceso con el plan. De ser necesario y del plan solicitar otros documentos, Nazareno Services se comunicará con el paciente o con el médico para obtener los mismos.
- d. Es responsabilidad del paciente proveer los documentos de criterios al igual en obtener las firmas necesarias para completar la documentación.
- e. Una vez Nazareno Services ha sometido el caso al plan médico del paciente puede tomar hasta 14 días en obtener una respuesta por parte del plan.
- f. Al momento de Nazareno Services obtener una autorización nos comunicaremos con el paciente y se le informa los detalles y se procede con la coordinación de la entrega de los equipos.

En Nazareno Services nos esmeramos para ofrecer un servicio de excelencia. De tener cualquier pregunta referente a este documento nos puede llamar o puede comunicarse con su representante de venta. **Gracias**