

	RECETA O CNM		LABORATORIO	REGISTRO DE DEXTROS	TARJETA PLAN MÉDICO
PLANES COMERCIALES Y ADVANTAGE	<b>RECETA MÉDICA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre Completo del paciente.</li> <li>Producto</li> <li>Diagnóstico</li> <li>Licencia y NPI</li> <li>Firma y Fecha</li> </ul>	<b>CNM (Certificación de Necesidad Medica)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre completo del paciente</li> <li>Plan Medico / #contrato / fecha efectividad</li> <li>Tratamiento actual</li> <li>Diagnóstico</li> <li>Marcar encasillados que apliquen</li> <li>Firma, Fecha, licencia y NPI</li> </ul>	<b>Copia del A1C (Glicosilada)</b>  Este laboratorio no debe tener más de tres (3) meses de haberse realizado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El mismo debe tener mínimo 2 semanas y que tenga un promedio de 3 lecturas diarias. Debe tener las fechas y el nombre del paciente.</li> <li>Se aceptan reportes de Glucómetros o CGM's</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Foto de la parte frontal de la tarjeta.</li> </ul> En un CNM si esta completado el nombre del plan médico y el número de contrato, no es necesario la foto de la tarjeta.
	<p><b>Nota:</b> Las recetas para Dexcom pueden ser realizadas por médicos con especialidad en Medicina Interna, Generalistas, Médicos de Familia, Pediatras y Endocrinólogos. Toda receta médica o CNM es válido por un (1) año.</p>				
PLAN VITAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Igual al plan comercial y debe estar contrafirmado por el médico primario del paciente. (Durante el periodo de pandemia puede haber planes médicos que no requieran la contrafirma).</li> </ul>		Igual al plan comercial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Igual al plan comercial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Igual al plan comercial</li> </ul>
MEDICARE	<ul style="list-style-type: none"> <li>RECETA MEDICA                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre Completo del paciente</li> <li>Producto</li> <li>Diagnóstico</li> <li>Licencia y NPI</li> <li>Firma y Fecha</li> </ul> </li> </ul>		<b>CRITERIOS PARA MEDICARE</b> Cubre el Dexcom G6 (CGM terapéutico y suministros relacionados) cuando cumple con <u>todos</u> los siguientes criterios de cobertura: <ol style="list-style-type: none"> <li>El beneficiario tiene diagnóstico de diabetes mellitus. (consulte los Códigos ICD-10 que respaldan la necesidad médica.)</li> <li>El beneficiario usa un BGM (Monitor de Glucosa) y realiza pruebas frecuentes (cuatro o más veces al día). Es importante que este requisito este en la nota de progreso del médico. <b>No</b> es necesario presentar registros de azucares por parte del paciente.</li> </ol>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>El beneficiario recibe tratamiento con insulina con múltiples (tres o más) inyecciones diarias de insulina o una bomba de infusión subcutánea continua de insulina (CSII) cubierta por Medicare.</li> <li>El régimen de tratamiento con insulina del beneficiario requiere ajustes frecuentes por parte del beneficiario basados en los resultados de las pruebas de BGM o CGM. Este requisito se puede obtener de la nota de progreso del médico.</li> <li>Dentro de los seis (6) meses antes de ordenar el DEXCOM, el médico ha tenido una visita en persona con el beneficiario para evaluar su control de la diabetes y decidió que se cumplen los criterios (1-4) anteriores.</li> <li>Cada seis (6) meses después de la prescripción inicial del DEXCOM, el médico tiene una visita en persona con el beneficiario para evaluar el cumplimiento de su régimen de DEXCOM y plan de tratamiento de la diabetes.</li> </ol> <p>Una vez el beneficiario cumpla con los criterios arriba mencionados entonces el médico puede realizar una receta para comenzar el proceso de aprobación. Se recomienda solicitarle al paciente en adición a la receta copia de la última nota de progreso del médico.</p>					