

Document Description	Document Description SPANISH
Certificate of Medical Necessity or Durable Medical Equipment (DME) Information Form (if applicable)- these must be applicable for the dates of services being billed	Certificado de Necesidad Médica o Información del Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés), si aplica la fecha(s) de servicio(s) facturados
Physician's written order with a description of the item ordered, physician's signature, date of the physician's signature, and if applicable, the date of the face-to-face evaluation, pertinent diagnoses/conditions, length of need, physician's NPI, and date stamp or equivalent documenting the date the supplier received the order	La orden escrita por el médico con la descripción del equipo ordenado, firma y fecha por el médico y si aplica la fecha de la evaluación médica (cara-a-cara), diagnósticos y condiciones pertinentes, duración de tiempo de necesidad, número de identificación del médico (NPI por sus siglas en inglés), y fecha estampada o documento equivalente que indica la fecha cuando el suplidor recibe la orden médica
Physician history and physicals, medical evaluations, and progress notes from all places of service where the services were rendered	Historial médico y examen(es) físico(s), evaluaciones médicas y notas de progreso de todos los lugares donde los servicios fueron provistos
Non-physician clinician assessments for certification, re-certification evaluations, and progress notes - e.g., nurse, physical therapy/occupational therapy (PT/OT), etc. (if applicable)	Las evaluaciones clínicas (no-médico) de certificación, evaluaciones de re-certificaciones y notas de progreso por ejemplo: enfermería, terapia física, terapia ocupacional (PT/OT, por sus siglas en inglés), etc. (si es aplicable)
Other pertinent documentation such as diagnostic tests including functional testing (e.g., lab tests, sleep studies, cardiac stress tests, pulmonary function tests, etc.) which would provide evidence in support of the medical necessity for the item billed	Otra documentación pertinente como pruebas de diagnóstico, incluyendo exámenes funcionales (por ejemplo, pruebas de laboratorio, estudios de sueño, pruebas de ecocardiografía de estrés, pruebas de función pulmonar, etc.) que provea evidencia para justifique la necesidad médica del artículo facturado
Manufacturer's name and model name/number of item provided, whether the device is new or used, if this is required by the policy for coverage	Nombre del fabricante nombre del modelo y número del artículo provisto y si el artículo es nuevo o usado, si es requerido por la póliza de cobertura
Physician progress notes to support medical necessity	Notas de progreso médico para justificar la necesidad médica
Any Advanced Beneficiary Notice of Noncoverage (ABN) issued to the beneficiary for each date of service and each specific service an ABN was issued	Notificación previa de NO-cobertura al beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés) emitido al beneficiario (paciente) por cada fecha de servicio y por cada servicio especificado en el ABN emitido
For Electronic Health Records, send a copy of the electronic signature policy and procedures that describe how notes and orders are signed and dated. Validating electronic signatures depends on obtaining this information.	Historias clínicas electrónicas de salud (EHR por sus siglas en inglés), enviar una copia del protocolo/poliza de firmas electrónicas que describe el proceso de como las notas de oficina / progreso y ordenes médicas son firmadas/fechadas electrónicamente. La validación de las firmas electrónicas son dependientes de obtener esta información.
BEFORE YOU SEND - Check for signatures on office/progress notes or other medical record documentation. If the signature(s) are missing or illegible, send a completed signature attestation (find a sample attestation at https://www.certprovider.com/). If the signature (s) are illegible, you may also send a signature log.	Antes del enviar la documentación requerida- verifique que las notas de oficina / progreso u otra documentación en el record médico estan firmadas por el médico. Si los documentos no están firmados, o la firma es ilegible; envíe una declaración que certifica la firma (ejemplo provisto en la pagina web https://www.certprovider.com/). Si la firma es ilegible, enviar el registro de firmas.
Documentation of Face-to-Face Encounter prior to the written order for certain items of DME	Documentación del encuentro de cara-a-cara ocurrido antes de la fecha de la orden por escrito para ciertos equipos de DME

Document Description	Document Description SPANISH
Physician documentation of the beneficiary's functional level (if applicable, for prosthetic claims)	Documentación médica del nivel funcional del beneficiario (si aplica para las reclamaciones de prótesis)
Proof of Delivery	Prueba de entrega