

| <b>Document Description</b>   | <b>Document Description SPANISH</b>  |
|---|--|
| <p>Home Assessment prior to or at the time of the delivery of a Power Operated Vehicle (POV) or Power Wheelchair (PWC) including documentation verifying the beneficiary's home has adequate space to maneuver the device that is provided considering physical layout, doorway width and thresholds, and surfaces</p>  | <p>Evaluación del hogar hecha antes o a la hora de la entrega de la Silla de Ruedas Eléctrica (PWC por sus siglas en inglés), Silla de Ruedas Motorizada o un Vehículos Motorizados (POV por sus siglas en Inglés), incluyendo la documentación verificando que el hogar del beneficiario tiene el espacio adecuado para maniobrar la silla de ruedas (POV/PWC) que se le entregará tomando en cuenta el espacio físico de la casa, la anchura y umbrales de las puertas, y las superficies</p>  |
| <p>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</p>   | <p>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</p>   |
| <p>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</p>  | <p>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</p>  |
| <p>The detailed product description signed and dated by the physician which meets the requirements of a detailed written order, including the date stamp or equivalent documenting the date the supplier received the signed detailed product description, and (if applicable) includes the physician's NPI</p>   | <p>Descripción detallada del producto(s) firmado y fechado por el médico que cumple con los requisitos de la orden escrita y detallada, incluyendo fecha estampada o documento equivalente que indica la fecha cuando el suplidor recibe la orden detallada y firmada del médico (si aplica) e incluye el número de identificación del médico (NPI por sus siglas en inglés)</p>   |
| <p>Any Advanced Beneficiary Notice of Noncoverage (ABN) issued to the beneficiary for each date of service and each specific service an ABN was issued</p>  | <p>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</p>  |
| <p>A face-to-face examination of the patient conducted by the ordering physician prior to the date of the written order, received by the supplier within 45 days after completion of that examination and prior to delivery of the device. The major reason for the face-to-face examination must be a mobility evaluation. Date stamp or equivalent documenting the date the supplier received the face-to-face evaluation. (Note: supplier generated forms are not a substitute for the comprehensive medical records.)</p> | <p>La evaluación médica (cara-a-cara) del paciente realizado por el médico tratante antes de la fecha en la orden escrita, recibido por el suplidor dentro de un plazo de 45 días después de la evaluación médica y antes de la entrega de la silla de ruedas eléctrica al paciente. El motivo principal de la evaluación médica (cara-a-cara) debe ser la evaluación de movilidad. Sello fechador o documentos equivalentes que muestran la fecha en que el suplidor de servicios recibió copia(s) de la evaluación médica (cara-a-cara). (Nota: las formas producidas por el suplidor no se consideran documentación clínica ni son un sustituto del expediente/historial médico.)</p> |

| <b>Document Description</b>  | <b>Document Description SPANISH</b>  |
|--|--|
| Specialty Evaluations (if applicable) including the treating physician's referral to the therapist for the evaluation, the statement supporting there is no financial relationship with the supplier, and (if applicable) the physician's signed and dated concurrence of the specialty evaluation.  | Evaluaciones Especializadas (si aplica) incluyendo el referido del médico tratante/primario al terapeuta para la evaluación, una declaración escrita del suplidor que afirma que no existe ningún tipo de relación financiera entre el suplidor y el médico, y (si aplica) la evaluación especializada firmada y fechada por el médico tratante/primario.  |
| Treating Physician's clinical records to include: documentation that the beneficiary has significant mobility limitations, limitations cannot be resolved by use of a cane or walker, insufficient upper extremity function to self-propel in a manual wheelchair, limitations of strength, endurance, range of motion, presence of pain, etc., beneficiary has mental capacity to operate Power Operated Vehicle/Power Mobility Device (POV/PMD) within the home, and the beneficiary's home provides adequate access for the operation of the Power Operated Vehicle/Power Mobility Device (POV/PMD) | El Historial clínico del médico tratante debe incluir: documentación de que el beneficiario tiene limitaciones de movimiento significativas, y que las limitaciones no se puedan resolver mediante el uso de un bastón o un andador, insuficiente función de la extremidades superiores para propulsar una silla de ruedas manual, limitaciones de fuerza, de resistencia, de rango de movimientos, la presencia de dolor, etc., y que el beneficiario tenga la capacidad mental para operar de manera segura una Silla de Ruedas Motorizada o un Vehículos Motorizados (POV/PMD, por sus siglas en inglés), en el hogar, y que el hogar del beneficiario tiene el acceso adecuado para maniobrar y operar el POV/PMD (Por sus siglas en inglés) |
| Documentation supporting the Power Operated Vehicle (POV) or Power Wheelchair (PWC) is provided by a supplier that employs a Rehabilitation Engineering and Assistive Technology Society of North America (RESNA) certified Assistive Technology Professional (ATP) who specializes in wheelchairs and who has direct, in-person involvement in the wheelchair selection for the patient (if applicable).  | Documentación que compruebe que la Silla de Ruedas Eléctrica (PWC, por sus siglas en inglés) o Vehículos Motorizados (POV, por sus siglas en inglés) es proporcionado por un suplidor que emplea un Profesional de Asistencia Tecnológica (ATP por sus siglas en Inglés) certificado por Ingeniería de Rehabilitación y Asistencia Tecnológica de América del Norte (RESNA, por sus siglas en inglés) que se especializa en sillas de ruedas y que tiene participación directa en la selección de la sillas de ruedas para el paciente (si aplica).  |
| Electronic record protocol/policy that documents the process for electronic signatures, if applicable  | Protocolo/Poliza de firmas electrónico que documenta el proceso de firmas electrónicas, si aplica  |
| Signature log or an attestation of any medical record entries if the office/progress notes or other medical record documentation is not signed or if the signature (s) are not clearly legible.  | Registros de firma o la declaración que certifica las las notas de oficina / progreso u otra documentación en el registro médico no están firmadas por el médico o si la firma es ilegible   |
| Proof of Delivery  | Prueba de entrega  |