

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ODM 03199, ACEPTACIÓN DE INFORMACIÓN ACERCA DE LA HISTERECTOMÍA

De acuerdo con el Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR) 441.251 y la norma 5160-21-02.2 del Código Administrativo de Ohio (OAC), para histerectomía (extracción quirúrgica del útero) que no se realiza con el objetivo exclusivo de la esterilización, el pago de Medicaid solo se puede realizar cuando el Formulario de aceptación de ODM 03199 está completo y se ha enviado. El formulario se encuentra disponible en el sitio web del Departamento de Medicaid de Ohio, <http://www.medicaid.ohio.gov/>.

Toda la información que se escriba en el Formulario de aceptación debe ser legible. El hecho de no enviar un formulario completo y legible puede demorar el pago o dar como resultado el rechazo del reclamo.

La Sección I se debe completar para cada paciente.	
SECCIÓN I: INFORMACIÓN SOBRE LA PACIENTE	
1	Nombre de la paciente Este campo muestra el nombre legal del individuo. Se debe escribir el apellido completo (esto es, el nombre de la familia o el "último" nombre). Se puede usar una inicial para el nombre o el segundo nombre. El nombre completo debe coincidir con
2	Nombre del representante del paciente <i>(de tenerlo)</i> <i>"Representante autorizado" significa una persona, que tiene por lo menos dieciocho años, o una entidad legal que ocupa el lugar de un individuo. Las acciones o los fallos de un representante autorizado se aceptarán como las acciones o fallos del individuo. Si un individuo designó a un representante autorizado, todas las referencias al "individuo" respecto de las responsabilidades del individuo incluyen al representante autorizado del individuo.</i>
3	Número de Medicaid del paciente de 12 dígitos Este número también se denomina el "número de facturación de Medicaid", el "número de ID. del destinatario" o el "número de MMIS". Debe coincidir con el
4	Fecha de la histerectomía Esta fecha debe coincidir con la fecha del servicio que figura en el reclamo.

Debe completarse ya sea la Sección II o la Sección III.

SECCIÓN II: INFORMACIÓN SOBRE LA HISTERECTOMÍA ANTES DEL PROCEDIMIENTO DE HISTERECTOMÍA	
5	Firma del representante/de la paciente La marca que se escriba en este campo debe ser la firma legal del individuo identificado en el campo 1 o 2.
6	Fecha de la firma [del representante/de la paciente] Esta fecha (mes/día/año) no puede ser anterior a que el individuo cumpla los 21 años.

7	Nombre de la persona que proporciona la información Este campo muestra el nombre del médico o el miembro del personal de la clínica que informó a la paciente, tanto verbalmente como por escrito, que el procedimiento haría que sea incapaz de reproducirse (estéril).
8	Firma de la persona que proporciona la información La marca que se escriba aquí debe ser la firma legal del individuo identificado en el campo 7.
9	Fecha de la firma [de la persona que proporciona la información] Esta fecha (mes/día/año) corresponde a la firma del campo 8.

SECCIÓN III: CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO DEL MOTIVO POR EL CUAL NO SE PROPORCIONÓ INFORMACIÓN SOBRE LA HISTERECTOMÍA ANTES DEL PROCEDIMIENTO	
10	[Opción A: El individuo ya era estéril.] Si corresponde esta opción, se tiene que indicar un motivo y una explicación breve de la causa de esterilidad.
11	[Opción B: El procedimiento. se realizó durante una emergencia en la cual no fue posible proporcionar más información.] Si corresponde esta opción, se debe indicar un motivo y una descripción breve de la emergencia.
12	Nombre del médico que realizó la histerectomía Se puede usar una inicial para el nombre de pila (“primer” nombre) o para el segundo nombre, pero el nombre completo debe coincidir con el nombre que
13	Firma del médico que realizó la histerectomía La marca que se escriba aquí debe ser la firma legal del individuo identificado en el campo 12.
14	Fecha de la firma [del médico] Esta fecha (mes/día/año) corresponde a la firma que figura en el campo 13 y no debe ser anterior a la fecha en que se realizó la histerectomía.