

DME Certification and Receipt Form

Certificación y Recibo de Equipo Médico Duradero (DME)

(Page 1 of 3—Required)

This certification is required by section 32.024 of the *Human Resources Code* and must be completed before the DME provider can be paid for durable medical equipment provided to a Medicaid client.

Esta certificación es necesaria bajo la Sección 32.024 del Código de Recursos Humanos y se debe llenar antes de pagarle al proveedor de equipo médico duradero por el equipo entregado al cliente de Medicaid.

Section A: Client Information			
Name:	Medicaid ID Number:		
Address:	City:	State:	ZIP:
Telephone Number:	Alternate Telephone Number:		

Section B: Provider Information	
Provider Name:	Prior Authorization Number (PAN):
NPI/API:	TPI:

Section C: Product Information		
Date of Service:		
Procedure Code:	Description:	Serial No.:
Procedure Code:	Description:	Serial No.:
Procedure Code:	Description:	Serial No.:
Procedure Code:	Description:	Serial No.:
Procedure Code:	Description:	Serial No.:

Section D: Certification	
<p>This is to certify that on (month/day/year) _____ the client received the _____ (equipment) as prescribed by the physician. The equipment has been properly fitted to the client and/or meets the client's needs.</p> <p>The client, parent, guardian of the client, and/or caregiver of the client has received training and instruction regarding the equipment's proper use and maintenance.</p>	
<p>_____</p> <p>Printed name of DME Supplier</p> <p>_____</p> <p>Signature of DME Supplier</p>	<p>_____</p> <p>Printed name of Client, Parent, Guardian, or Primary Caregiver</p> <p>_____</p> <p>Signature of Client, Parent, Guardian, or Primary Caregiver</p>

Section D (Optional) : Certification (Spanish)	
<p>Esto certifica que el: (mes/día/año) _____ el cliente recibió _____ (equipo) que el doctor recetó. El equipo fue adaptado correctamente para el cliente y satisface sus necesidades.</p> <p>El cliente, padre, tutor o cuidador principal del cliente recibió entrenamiento e instrucción en el uso y mantenimiento correcto del equipo.</p>	
<p>_____</p> <p>Nombre del proveedor de equipo médico duradero</p> <p>_____</p> <p>Firma del proveedor de equipo médico duradero</p>	<p>_____</p> <p>Nombre del cliente, padre, tutor o cuidador principal</p> <p>_____</p> <p>Firma del cliente, padre, tutor o cuidador principal</p>

This form must be submitted to TMHP for DME products with an allowed amount of \$2500 dollars or more. Submit this form with claim form or fax this form to 512-506-6615. Information submitted in this form must match the claim form.

This form must be filled out completely; place none or N/A where applicable. Incomplete forms will be returned and will cause a delay in the verification and payment process. **Failure to submit this form will affect claim payment.**

Notice to Clients: You may be contacted to verify receipt of the equipment provided.

Aviso al cliente: Es posible que lo contactemos para verificar que recibió equipo.

DME Certification and Receipt Form
Certificación y Recibo de Equipo Médico Duradero (DME)
(Page 3 of 3—Not for submission to TMHP)
High Cost DME Call Verification

Your provider has sent you some medical equipment. We want to make sure that you got what you wanted and that it works well. We need to talk to you about the equipment before we can pay for it.

Call TMHP at 1-888-276-0702.

Please call us toll-free at 1-888-276-0702 as soon as you can. We are open Monday through Friday from 8 a.m. to 5 p.m., Central Time. If you call us after hours, you can leave a message. Tell us your name, phone number, and the best time to call you back.

Required Information

Please have this information with you when you call:

- Name
- Medicaid Number
- Date of birth
- Address (street, city, state, ZIP)
- Provider's name
- Date you got the equipment
- Details about the equipment

Su proveedor le envió equipo médico. Queremos saber si recibió lo que pidió y si funciona bien. Necesitamos hablar con usted sobre este equipo antes de que paguemos por él.

Llámenos al 1-888-276-0702.

Por favor, llámenos gratis lo antes posible al 1-888-276-0702. Nuestras oficinas están abiertas de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., Hora del Centro. Si nos llama después de estas horas, puede dejar un mensaje con su nombre, número de teléfono y el mejor momento para volver a llamarlo.

Información que necesitamos

Cuando llame, tenga esta información a la mano :

- Nombre.
- Número de Medicaid.
- Fecha de nacimiento.
- Dirección (calle, ciudad, estado, código postal).
- Nombre del proveedor.
- Fecha en que recibió el equipo.
- Detalles sobre el equipo.