



HRE FORM-Transition

Member ID Number: _____

Member's Name: _____

___ Female ___ Male

Phone Number: (787) _____

Diagnosis: _____

Name: Requesting Physician: _____

Phone: _____

AHM ID Number: _____

Fax: _____

ICD-9 Codes: _____

DME or service (Check Applicable Equipment and DME Company (if known))		Specialty Medications or Treatment	
Equipment	DME Company (if known)		
___ Suction Machine	_____	___ Orencia	___ Humira
___ Mechanical Ventilation	_____	___ Enbrel	___ Lupron
___ Oxygen	_____	___ Procrit	___ Neupogen
___ Hospital Bed (Rent or maintenance)	_____	___ Reclast	___ Chemotherapy
___ Diapers	_____	___ Inhalation Therapy (Therapy)	
___ Enteral Nutrition	_____	___ Others	
___ Wheelchair	_____	Other Services	
___ Ostomy Supplies	_____	___ Home Health Agency	
___ Tracheostomy supplies	_____	Name: _____	
___ Hydraulic patient lift	_____	___ Home Health Care (Nurse)	
___ Trapeze	_____	___ Home Health Agency (PT)	
___ Others	_____	Name: _____	

Physician Name (printed) _____ Signature _____

License Number _____ Date _____

Procedimiento:
 (1) Médico primario identifica servicio que requiere transición. (2) Cumplimenta la Forma de "Transición HRE" (Esta forma, documenta los servicios más comunes que requieren de transición. Existen otros servicios que se cubren por venta del equipo, por tanto, no requieren de transición.) (3) Se incluyen medicamentos y tratamientos que requieran de continuidad. (4) Médico primario firma la forma. (5) Envía forma a Manejo Médico, vía facsímil al (787) 993-3265. (6) Envía reclamación con el código **99429** a Reclamaciones para pago correspondiente (\$60.00)

La información documentada se convierte en una certificación, sujeta a auditorías. Las reclamaciones serán pagaderas efectivo a la fecha de afiliación del beneficiario.