



Home Medical & Respiratory Services

Insurance Requirement PAP Compliance

By signing this letter, you understand that it is a requirement of your insurance to be compliant on your PAP device.

Compliance is defined as:

- Use of PAP >4hours per night on 70% of nights during a consecutive 30-day period, anytime during the initial 3 months of usage.

If you have Insurance, you must complete a re-evaluation with your treating physician to confirm you are benefiting from the PAP therapy within the first 3 months of usage. Documentation of your revisit must be sent to HME Specialists timely.

Date of set-up: _____ Date of re-evaluation/follow-up visit: _____

Revaluation visit with Physician must be scheduled between 31-90 days after set-up

Failure to remain compliant with your therapy or complete your re-evaluation could result in your insurance no longer paying the rental of the PAP device and any resupply accessories. You will be responsible for payment or return PAP equipment.

Print Name

Signature

Date



Home Medical & Respiratory Services

Requisito de Cumplimiento PAP por parte de la Aseguranza

Al firmar este documento, usted da por entendido que su aseguranza require un cumplimiento de uso de su aparato PAP.

Cumplimiento de uso se define como:

- Utilizar su PAP mas de 4 horas por noche durante 70% del tiempo en un periodo de 30 dias consecutivos, esto de puede hacer durante los primeros 3 meses de haber recibido el equipo.

Si usted tiene aseguranza medica, usted debe completar una re-evaluacion con su medico tratante para confirmar si esta siendo beneficiado por la terapia PAP durante los primeros 3 meses de uso de su equipo. Una copia de su re-evaluacion medica debe sernos enviada a nosotros HME Specialists a tiempo.

Fecha de entrega: _____ Fecha de re-evaluacion/seguimiento: _____

La cita de reevaluacion con su Medico debe ser programada entre el dia 31 y 90 despues de que recibio su equipo

El fallar con mantener este cumplimiento de uso de su terapia o el no completar su re-evaluacion puede resultar en que su aseguranza ya no quiera pagar por la renta de el equipo PAP o cualquiera de sus accesorios de mantenimiento. Usted sera responsable por el pago del equipo o Debera devolver el equipo PAP.

Nombre Completo

Firma

Fecha