

구강 건강 연결 환자 증언 양식

날짜	수혜자 ID	제공자 NPI 번호	
이름	중간이름 이니셜	성	연령
주소			
시		상태	우편번호
전화번호	이메일		
수혜자는 Health Care Authority (HCA) 이 서비스에 대한 지불을 하기 전에 이 양식을 작성하고 서명해야 합니다.			

본인, _____은(는) 본인이 의학적 진단을 받았으며 현재 다음에 대한 치료를 받고 있음을 증언합니다.

(해당되는 사항 체크):

임신 진단일 _____	당뇨병 진단일 _____
--------------	---------------

본인은 본인의 당뇨병 및/또는 임신에 대해 다음으로부터 치료를 받고 있습니다.

1	의료 제공자 이름	의료 클리닉 이름	클리닉 전화번호
2	의료 제공자 이름	의료 클리닉 이름	클리닉 전화번호
3	의료 제공자 이름	의료 클리닉 이름	클리닉 전화번호
4	의료 제공자 이름	의료 클리닉 이름	클리닉 전화번호

추가적인 제공자 및 클리닉은 양식의 뒷면에 작성해주십시오.

수혜자 이름(정자체)	수혜자 서명	날짜
-------------	--------	----

제공자 이름(정자체)	제공자 서명	날짜
-------------	--------	----

이 양식은 전달 날짜에 작성을 완료하고, 모든 서명이 있어야 합니다. 이것은 보건 의료 당국(HCA)이 귀하의 청구서에서 볼 것으로 예상하는 날짜입니다. 반드시 사본을 귀하의 수혜자 파일에 보관해야 하며 WAC 182-535-1270 의 모든 요건을 충족하는지 판단하기 위해 HCA 에서 요청 시 제공해야 합니다.