

压缩服装

Compression Garments
Health Care Authority (HCA)
Medical Equipment (ME) Authorization Unit
PO Box 45535 Olympia, WA 98504-5535
传真: 1-866-668-1214

这是保密信息，仅提供给接收传真的人。

HCA 要求填写所有字段，以便我们适当地评估申请。将填妥的此表格与“一般授权信息”表格(13-835)（其必须是传真的首页），以及支持性的临床说明一同传真到 HCA DME 授权部，号码为 1-866-668-1214。

由服务提供者或临床医生填写		
个案当事人姓名	个案当事人身份识别号码	
临床服务提供者信息		
临床服务提供者姓名	临床服务提供者 NPI 号码	
电话号码（请包括区号）	传真号码（请包括区号）	
服务提供者信息		
服务提供者姓名	服务提供者 NPI 号码	
电话号码（请包括区号）	传真号码（请包括区号）	
服务申请信息		
申请的产品。（附上 HCA 处方表）		申请的数量
提供所有适用的诊断（ICD-10 代码和描述）	ICD-10	描述
由处方提供者填写		
* 医疗正当理由：需要使用压缩服装的此个案当事人患有哪些疾病？短期和长期的治疗目标是什么？包含指明受影响的部位和治疗计划的支持性临床证明。		
* 曾经尝试过哪些其他的替代治疗/更便宜的治疗？（HCA 不会为能够在非处方药店买到的产品付费。）		
* 结果是什么？		
对受影响部位的评估		日期
医生（或处方提供者）姓名	电话号码（请包括区号）	临床服务提供者 NPI 号码
医生（或处方提供者）签名		日期