

Ropa de compresión

Compression Garments

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

La presente es información confidencial destinada exclusivamente a la persona a la que se le envió por fax.

La HCA requiere que se llenen todos los campos para que podamos evaluar correctamente la solicitud. Envíe por fax este formulario contestado, junto con el formulario de Información general para autorización (13-835), que debe ser la primera página del fax, y con las notas clínicas de sustento a la Unidad de Autorización de DME de la HCA al 1-866-668-1214.

Deberá ser llenado por el proveedor o profesional clínico		
NOMBRE DEL CLIENTE		IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE
Información del proveedor clínico		
NOMBRE DEL PROVEEDOR CLÍNICO		NÚMERO NPI DEL PROVEEDOR
NÚMERO TELEFÓNICO (CON CÓDIGO DE ÁREA)		NÚMERO DE FAX (CON CÓDIGO DE ÁREA)
Información del proveedor		
NOMBRE DEL PROVEEDOR		NÚMERO NPI DEL PROVEEDOR
NÚMERO TELEFÓNICO (CON CÓDIGO DE ÁREA)		NÚMERO DE FAX (CON CÓDIGO DE ÁREA)
Información sobre la solicitud de servicio		
PRODUCTO SOLICITADO. (ADJUNTE EL FORMULARIO DE RECETA DE LA HCA)		CANTIDAD SOLICITADA
Escriba todos los diagnósticos aplicables (códigos ICD-10 y descripciones)	ICD-10	DESCRIPCIÓN
Deberá ser llenado por el proveedor que receta		
* Justificación médica: ¿Qué trastornos médicos existen para que este cliente necesite usar ropa de compresión? ¿Cuáles son los objetivos de tratamiento a corto y largo plazo? Incluya la documentación clínica de sustento que especifique las áreas afectadas y el plan de tratamiento.		
* ¿Qué otras alternativas o tratamientos de menor costo se ha intentado? (La HCA no paga productos de venta libre en una tienda).		
* ¿Cuál fue el resultado?		
MEDICIONES DE LAS ÁREAS AFECTADAS		FECHA
NOMBRE DEL MÉDICO (O PROVEEDOR QUE RECETA)	NÚMERO TELEFÓNICO (CON CÓDIGO DE ÁREA)	NÚMERO NPI DEL PROVEEDOR
FIRMA DEL MÉDICO (O PROVEEDOR QUE RECETA)		FECHA