

Оборудование для ванной комнаты
Bathroom EquipmentHealth Care Authority (HCA)
Authorization Services Office
PO Box 45535 Olympia, WA 98504-5535
ФАКС: 1-866-668-1214

Данная конфиденциальная информация предназначена лицу, которому она отправлена по факсу.

Для того, чтобы мы могли соответствующим образом рассмотреть ваш запрос, по требованию Управления здравоохранения заполнению подлежат все поля формы. Отправьте данную форму по факсу вместе с формой «Общая информация для авторизации» (General Information for Authorization, 13-835), которая должна быть первой страницей факса и комплекта сопроводительных клинических документов, пересылаемых в Службу авторизации HCA DME, номер 1-866-668-1214.

Заполняется поставщиком услуг или практикующим врачом		
ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	НОМЕР КЛИЕНТА	
Сведения о поставщике медицинских услуг		
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	НОМЕР NPI ПОСТАВЩИКА	
НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ ЗОНЫ)	НОМЕР ФАКСА (С КОДОМ ЗОНЫ)	
Информация о поставщике услуг		
ИМЯ, ФАМИЛИЯ/НАЗВАНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	НОМЕР NPI ПОСТАВЩИКА	
НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ ЗОНЫ)	НОМЕР ФАКСА (С КОДОМ ЗОНЫ)	
Информация о запросе услуги		
ЗАПРОШЕННЫЕ ДОКУМЕНТЫ	Запрошенное количество	
Укажите все применимые диагнозы (коды ICD-10 и описание)	ICD-10	Описание
	ICD-10	Описание
Заполняется поставщиком, выдавшим рецепт		
* Медицинское обоснование: Какие медицинские состояния клиента предусматривают использование оборудования для ванной комнаты? Каковы краткосрочные и долгосрочные цели лечения? Приложить сопроводительную клиническую документацию, в которой приведен план лечения.		
* Какие другие альтернативные/менее дорогостоящие способы лечения были вами опробованы? (Управление здравоохранения (HCA) не платит за продукцию, отпускаемую в аптеках без рецепта.)		
* Каков результат?		
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВРАЧА (ПОСТАВЩИКА УСЛУГ, ВЫДАВШЕГО РЕЦЕПТ) ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ		
ПОДПИСЬ ВРАЧА (ПОСТАВЩИКА УСЛУГ, ВЫДАВШЕГО РЕЦЕПТ) (С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИЕЙ)		ДАТА