

口腔健康连接患者证明表

Oral Health Connections Patient Attestation Form

日期	客户 ID	服务提供者 NPI 编号	
名	中间名首字母缩写	姓氏	年龄
地址			
城市		州	邮政编码
电话号码	电子邮件		
客户必须填写并签署此表格，Health Care Authority (HCA) 才会为服务付费。			

本人，即_____，特此证明本人具有医疗诊断且目前正在治疗

(勾选适用项)：

<input type="checkbox"/> 怀孕 诊断日期 _____	<input type="checkbox"/> 糖尿病 诊断日期 _____
--	---

以下机构正在对本人进行糖尿病和/或怀孕治疗：

1	医疗服务提供者名称	医疗诊所名称	诊所电话号码
2	医疗服务提供者名称	医疗诊所名称	诊所电话号码
3	医疗服务提供者名称	医疗诊所名称	诊所电话号码
4	医疗服务提供者名称	医疗诊所名称	诊所电话号码

请在表格背面补充其他的服务提供者和诊所。

--	--	--

客户正楷姓名

客户签名

日期

--	--	--

服务提供者正楷姓名

服务提供者签名

日期

此表格在提交时必须填妥并签好所有签名。这将是医疗保健计划机构(HCA)希望在您的账单上看到的日期。必须在您的客户文件中保留一份副本，并在 HCA 需要时提供给该机构，以确定已符合 WAC 182-535-1270 的所有规定。