

## Mẫu Đơn Chứng Thực Bệnh Nhân Với Các Chương Trình Kết Nối Chăm Sóc Sức Khỏe Răng Miệng

### Oral Health Connections Patient Attestation Form

Ngày	ID thân chủ	Số NPI của nhà cung cấp	
Tên	Tên lót	Họ	Tuổi
Địa chỉ			
Thành phố		Tiểu bang	Mã vùng
Số điện thoại	Email		
<b>Thân chủ phải hoàn tất và ký vào mẫu đơn này trước khi Health Care Authority (HCA) Khỏe sẽ chi trả các dịch vụ.</b>			

Tôi, \_\_\_\_\_, chứng thực rằng tôi có một cuộc chẩn đoán và hiện đang được điều trị về (đánh dấu vào các ô thích hợp):

<input type="checkbox"/> Thai kỳ	Ngày chẩn đoán _____	<input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường	Ngày chẩn đoán _____
----------------------------------	----------------------	--	----------------------

Tôi đang được điều trị về bệnh tiểu đường và/hoặc thai kỳ của tôi bởi:

<b>1</b>	Tên nhà cung cấp dịch vụ y tế	Tên cơ sở khám chữa bệnh	Số điện thoại cơ sở khám chữa bệnh
<b>2</b>	Tên nhà cung cấp dịch vụ y tế	Tên cơ sở khám chữa bệnh	Số điện thoại cơ sở khám chữa bệnh
<b>3</b>	Tên nhà cung cấp dịch vụ y tế	Tên cơ sở khám chữa bệnh	Số điện thoại cơ sở khám chữa bệnh
<b>4</b>	Tên nhà cung cấp dịch vụ y tế	Tên cơ sở khám chữa bệnh	Số điện thoại cơ sở khám chữa bệnh

**Xin sử dụng mặt sau mẫu đơn để ghi thêm nhà cung cấp và cơ sở khám chữa bệnh.**

--	--	--

Tên Thân Chủ Viết In

Chữ Ký Thân Chủ

Ngày

--	--	--

Tên Nhà Cung Cấp Viết In

Chữ Ký Nhà Cung Cấp

Ngày

Mẫu đơn này phải được hoàn tất và tất cả chữ ký phải hiện có tùy theo ngày giao nhận. Ngày này sẽ là ngày mà Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe (HCA) mong đợi để xem hóa đơn tính tiền của quý vị. Một bản sao sẽ được lưu vào hồ sơ thân chủ của quý vị và được gửi đến Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe tùy theo yêu cầu để xác định rằng tất cả yêu cầu của WAC 182-535-1270 đã được đáp ứng.