

义齿接受协议
Denture Agreement of Acceptance

授权号码

接受日期	当事人身份识别号码	服务提供者 NPI 号码	当事人姓名
接受的项目/服务			
必需以下信息才能提供齐全的义齿(D5110/D5120) 当事人必须填写此表格的两个部分并签名，然后医疗保健计划管理部门(HCA)才能为服务付费。			
第 1 部分：蜡盘试戴			
蜡盘试戴可显示当将牙齿镶入胶色蜡盘时，您的义齿的外观和状况。蜡盘试戴的目的是确认咀嚼能力、牙齿颜色、牙齿位置和义齿的整体外观。可在蜡盘试戴时对牙齿的外观做出调整。试戴期间，牙齿可能会感到松动和笨拙。当蜡盘试戴经认可后，便会从蜡盘义齿直接完全义齿的制作。			
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 您对牙齿的颜色是否满意？如不满意，为什么？			
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 您对牙齿的位置和匹配是否满意？如不满意，为什么？			
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 您对牙齿的大小和形状是否满意？如不满意，为什么？			
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 您对所显现的粉色或胶色材料的量是否满意？如不满意，为什么？			
<p>当事人或指定委任人在下方签名即表示：我已经进行了我未来义齿的蜡盘试戴并认可牙齿的咀嚼能力、外观和颜色。我了解，签署此表格即表示我同意服务提供者制作义齿，而任何未来改动可能会比较困难。</p> <p>注意：如果即便是在调整后，您对上列某些特性仍不满意，必须立即指出。如果无法改变，但曾向我解释过，我也完全理解并接受完成制作的义齿。</p>			
当事人/监护人/指定委托人签名			日期
第 2 部分：义齿的交付和镶嵌			
当事人或指定委任人在下方签名即表示：我的最终义齿已交付并镶嵌在我的嘴中。服务提供者已根据我的需求进行了调整，且我接受交付。我了解这些是我的最终义齿。			
当事人/监护人/指定委托人签名			交付日期
牙医/假牙技师在下方签名即表示，所提供的服务符合护理标准且产品质量是可接受的。服务提供者进一步了解，义齿的总费用包括三个月的手术后期护理，包括调整和组织恢复。			
牙医/假牙技师签名（在交付日期签名）			日期

交付日期时，此表格必须填妥并签上所有签名。本机构希望在您的账单上看到该日期。

应在您的当事人文件中保留一份副本，并根据要求提供给医疗保健计划管理部门以确认已达到 **WAC 182-535-1090** 的所有要求。