

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

이것은 팩스를 수신한 사람에게만 제공되는 기밀 정보입니다.

HCA가 요청을 적절히 평가할 수 있도록 모든 필드를 작성하여 주시기 바랍니다. 작성된 양식을 팩스 첫 페이지가 되어야 하는 승인서 일반정보 양식(13-835) 및 지원 임상 노트와 함께 HCA DME Authorization Unit(승인부) 팩스 1-866-668-1214로 보내주십시오.

벤더 또는 임상 작성		
수혜자의 이름	수혜자 ID	
클리닉 제공자 정보		
클리닉 제공자의 이름	제공자 NPI 번호	
전화번호(지역번호 포함)	팩스 번호(지역번호 포함)	
벤더 정보		
벤더 이름	벤더 NPI 번호	
전화번호(지역번호 포함)	팩스 번호(지역번호 포함)	
서비스 요청 정보		
요청 상품 (HCA 처방전을 첨부하십시오)	요청 수량	
모든 해당 진단을 제공하십시오 (ICD-10 코드 및 설명)	ICD-10	설명
처방 제공자 작성란		
* 의학적 사유: 이 클라이언트에게 압박 의류를 이용해야 하는 의학적 상태는 무엇입니까? 단기 및 장기 치료 목표는 무엇입니까? 영향을 받는 부위 및 치료 계획을 설명한 지원 임상 문서를 포함해 주십시오.		
* 시도하신 다른 대안/저렴한 치료는 무엇입니까? (HCA는 상점의 기성품으로 이용할 수 있는 상품은 대금을 지급하지 않습니다.)		
* 성과는 무엇이었습니까?		
영향을 받는 부위의 측정	날짜	
의사(또는 처방 제공자) 이름	전화번호(지역번호 포함)	제공자 NPI 번호
의사(또는 처방 제공자) 서명	날짜	