

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

ອັນນີ້ແມ່ນຮາຍຮະອຽດທີ່ເປັນຄວາມລັບທີ່ມີເຈດຕະນາສໍາລັບບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຖືກສົ່ງແຟກຊີໄປຫາເທົ່ານັ້ນ.

HCA ຕ້ອງການໃຫ້ບ່ອນວ່າງທຸກໆບ່ອນຖືກຂຽນປະກອບເພື່ອວ່າພວກເຮົາຈະສາມາດຕີຮາຄາເບິ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄດ້ຢ່າງເໝາະສົມ. ສິ່ງແຟກຊີໃບຟອມທີ່ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວໄປນໍາໃບຟອມອະນຸຍາດສໍາລັບຮາຍຮະອຽດທົ່ວໄປ (General Information for Authorization) (13-835), ຊຶ່ງຕ້ອງແມ່ນຫນ້າທໍາອິດຂອງແຟກຊີ ແລະ ບັນທຶກທາງການພະຍາບານທີ່ຊຶມອຸໄປຫາຫນ່ວຍ HCA DME Authorization Unit ໄດ້ທີ່ເລກ 1-866-668-1214.

ຕ້ອງຖືກຂຽນປະກອບໂດຍຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ ຫລື ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວພະຍາບານ		
ຊື່ຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ	ລູກຄ້າ ID	
ຮາຍຮະອຽດຂອງຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວພະຍາບານ		
ຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວການພະຍາບານ	ເລກ NPI ຂອງຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວການພະຍາບານ	
ເລກໂທຣະສັບ (ພ້ອມທັງຮະຫັດເຂດ)	ເລກແຟກຊີ (ພ້ອມທັງຮະຫັດເຂດ)	
ຮາຍຮະອຽດຂອງຜູ້ໃຫ້ການຈໍາຫນ່າຍ		
ຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການຈໍາຫນ່າຍ	ເລກ NPI ຂອງຜູ້ໃຫ້ການຈໍາຫນ່າຍ	
ເລກໂທຣະສັບ (ພ້ອມທັງຮະຫັດເຂດ)	ເລກແຟກຊີ (ພ້ອມທັງຮະຫັດເຂດ)	
ຮາຍຮະອຽດຂອງຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການບໍລິການ		
ຜະລິດທະພັນທີ່ຖືກຮ້ອງຂໍເອົາ. (ຄັດໃບຟອມຄໍາບັນຮະຍາຍຂອງ HCA ມານໍາ)		ຈໍານວນທີ່ຖືກຮ້ອງຂໍເອົາ
ສິ່ງການກວດເບິ່ງພະຍາດທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງມາໃຫ້ (ຮະຫັດ ICD-10 ແລະຄໍາບັນຮະຍາຍ)	ICD-10	ຄໍາບັນຮະຍາຍ
ຕ້ອງຖືກຂຽນປະກອບໂດຍທ່ານຫມໍຜູ້ອອກໃບສັ່ງຊື້ຢາ		
* ການອ້າງເຫດຜົນ: ສະພາບການພະຍາບານແນວໃດແດ່ທີ່ມີຢູ່ສໍາລັບຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຄົນນີ້ທີ່ຕ້ອງການທີ່ຈະໃຊ້ເຄື່ອງນຸ່ງຮັດຕິດຮ່າງກາຍ? ຈຸດເປົ້າຫມາຍຂອງການປິ່ນປົວຮະຍະສັ້ນ ແລະ ຮະຍະຍາວມີຫຍັງແດ່? ລວມທັງການບັນທຶກທາງການພະຍາບານທີ່ກ່າວເຈາະຈົງເຖິງບໍລິເວນທີ່ສະຫ້ອນເຖິງ ແລະ ແຜນການປິ່ນປົວທີ່ຊຶມອຸ.		
* ການປິ່ນປົວສໍາລອງທາງອື່ນ/ມີຄໍາຕໍາກວ່າແນວໃດແດ່ທີ່ຖືກທົດລອງເບິ່ງແລ້ວ? (HCA ບໍ່ຈ່າຍສໍາລັບອຸປະກອນທີ່ມີໄວ້ໃຫ້ຢູ່ຕາມຮ້ານຄ້າທົ່ວໄປ.)		
* ຜົນອອກມາແມ່ນແນວໃດ?		
ການວັດແທກຂອງບໍລິເວນທີ່ສະຫ້ອນເຖິງ		ວັນທີ
ຊື່ຂອງທ່ານຫມໍ (ຫລື ທ່ານຫມໍຜູ້ອອກໃບສັ່ງຊື້ຢາ)	ເລກໂທຣະສັບ (ພ້ອມທັງຮະຫັດເຂດ)	ເລກ NPI ຂອງຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວການພະຍາບານ
ລາຍເຊັນຂອງທ່ານຫມໍ (ຫລື ທ່ານຫມໍຜູ້ອອກໃບສັ່ງຊື້ຢາ)		ວັນທີ