

គ្រឿងបរិក្ខារបន្ទប់ទឹក

**Bathroom Equipment**

Health Care Authority (HCA)  
Authorization Services Office  
PO Box 45535 Olympia, WA 98504-5535  
ទូរស័ព្ទ : 1-866-668-1214

នេះគឺជាព័ត៌មានសម្ងាត់ដែលបម្រុងទុកសម្រាប់តែអ្នកដែលទទួលបានទូរស័ព្ទនេះប៉ុណ្ណោះ។

HCA តម្រូវឱ្យបំពេញនោះទាំងអស់ ដើម្បីឱ្យយើងអាចវាយតម្លៃសំណើនេះដោយត្រឹមត្រូវ។ ចូរផ្ញើទូរស័ព្ទទម្រង់បែបបទដែលបំពេញរួចរួមជាមួយព័ត៌មានទូទៅសម្រាប់ទម្រង់បែបបទសិទ្ធិអនុញ្ញាត (13-835) ដែលត្រូវតែទំព័រដំបូងនៃទូរស័ព្ទ និងកំណត់ចំណាំនៃព្យាបាលគាំទ្រទៅកាន់អង្គការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត HCA DME តាមលេខ 1-866-668-1214។

|   |                             |             |
|---|-----------------------------|-------------|
| <b>នឹងត្រូវបានបំពេញដោយអាជីវករ ឬត្រូវពេទ្យ</b>   |                             |             |
| ឈ្មោះអតិថិជន  | ID អតិថិជន                  |             |
| <b>ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់ការព្យាបាល</b>   |                             |             |
| ឈ្មោះអ្នកផ្តល់ការព្យាបាល  | លេខ NPI អ្នកផ្តល់សេវា       |             |
| លេខទូរស័ព្ទ (ជាមួយកូដតំបន់)   | លេខទូរស័ព្ទ (ជាមួយកូដតំបន់) |             |
| <b>ព័ត៌មានអាជីវករ</b>   |                             |             |
| ឈ្មោះរបស់អាជីវករ  | លេខ NPI អ្នកលក់             |             |
| លេខទូរស័ព្ទ (ជាមួយកូដតំបន់)   | លេខទូរស័ព្ទ (ជាមួយកូដតំបន់) |             |
| <b>ព័ត៌មានស្នើសុំសេវាកម្ម</b>   |                             |             |
| ផលិតផលដែលបានស្នើសុំ   | បរិមាណដែលបានស្នើសុំ         |             |
| ផ្តល់ជូនភាគីទីបីដែលអាចអនុវត្តបានទាំងអស់ (លេខកូដ ICD-10 និងការរៀបរាប់)   | ICD-10                      | ការរៀបរាប់  |
|   | ICD-10                      | ការរៀបរាប់  |
| <b>នឹងត្រូវបានបំពេញដោយអ្នកផ្តល់វេជ្ជបញ្ជា</b>   |                             |             |
| * យុត្តាធិការខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ៖ តើមានស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រអ្វីខ្លះសម្រាប់អតិថិជននេះដែលតម្រូវការប្រើគ្រឿងបរិក្ខារបន្ទប់ទឹក? តើអ្វីជាគោលបំណងព្យាបាលរយៈពេលខ្លី-និងរយៈពេលវែង? រួមបញ្ចូលឯកសារព្យាបាលដែលគាំទ្រ និងផែនការការព្យាបាល។ |                             |             |
| * តើការព្យាបាលជម្រើសផ្សេងទៀត/ការព្យាបាលដែលចំណាយតិចតួចជាងអ្វីខ្លះត្រូវបានសាកល្បង? (HCA មិនចំណាយលើផលិតផលដែលអាចរកបាននៅតាមហាងដែលគ្មានវេជ្ជបញ្ជាឡើយ។)  |                             |             |
| * តើលទ្ធផលយ៉ាងដូចម្តេច?   |                             |             |
| ឈ្មោះជាអក្សរព្រមរស់ត្រូវពេទ្យ (ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលចេញវេជ្ជបញ្ជា)  |                             |             |
| ហត្ថលេខារបស់ត្រូវពេទ្យ (ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលចេញវេជ្ជបញ្ជា) (រួមទាំងលិខិតសម្គាល់)   |                             | កាលបរិច្ឆេទ |