DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

ឯកសារនៃការប្រើប្រាស់លើកទីមួយនៃជំនួយមេឌីខេដ

DOCUMENTATION OF FIRST USE OF MEDICAID BENEFITS

ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ:

ជូនចំពោះ: យោងតាម:

សូមជំរាបមកដល់:

យើងបានស្នើសុំការអនុញ្ញាតមួយឬច្រើននៃសេវាជំនួយសង្គ្រោះក្នុងផែនការពន្យាពេលរបស់រដ្ឋដូចខាងក្រោមនេះ:

- ☐ ពិធីព្យាបាលរាងកាយ
- ☐ ពិធីព្យាបាលសំរាប់ផ្នែកអាជីព
- ☐ សេវាផ្នែកការនិយាយនិងការស្តាប់និងផ្នែកភាសា

ដោយជំនួយទាំងនេះជាសេវាអាចមានសំរាប់អ្នក ជាជំនួយមេឌីខេដ, ការកត់ត្រាឯកសារគឺតំរូវដើម្បីសម្រាយថា អ្នកបានប្រើប្រាស់គ្រប់ជំនួយមេឌីខេដទាំងអស់ដែលមានសំរាប់អ្នក ជាមុនសិន មុនទីងប្រើជំនួយសង្គ្រោះបង់ប្រាក់ឲ្យ ។ (ច្បាប់ WAC 388-845-1000 និង WAC 388-845-1015) ។

សូមបំពេញចន្លោះខាងក្រោមនេះនិងផ្ញើត្រឡប់មកយើងវិញតាមប៉ុស្តិ៍សំបុត្រ ឬផ្ញើតាមទូរសារ ។

- ☐ ជំនួយមេឌិខេដដែលបានបង់ប្រាក់ការព្យាបាលសំរាប់ # ចំនួនពេលព្យាបាល/ # ខែ ។
  ឈ្មោះរបស់គ្រូពេទ្យព្យាបាល:
- ☐ គ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺរបស់ខ្ញុំដែលបានទទួលការយល់ព្រមពី MAA (ការិយាល័យអភិបាលកិច្ចផ្នែកជំនួយពេទ្យ) សំរាប់ការព្យាបាលជំងឺបន្ថែមទៀត និងបំពេញ ចំនួនពេលព្យាបាលបន្ថែមនៃការព្យាបាលជំងឺរួចហើយ ។
- ☐ គ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺរបស់ខ្ញុំបានស្នើសុំ MAA ឲ្យយល់ព្រមលើចំនួនពេលព្យាបាលបន្ថែម ហើយបានត្រូវបដិសេធ ។
- ☐ ខ្ញុំមានឈ្មោះនៅក្នុងបញ្ជីរង់ចាំសំរាប់ទទួលសេវាពីគ្រូពេទ្យព្យាបាលដែលមានកិច្ចសន្យាផ្នែកមេឌីខេដ ។
  - o សេវាដែលបង់ប្រាក់ដោយកម្មវិធីមេឌីខេដនិងមិនអាចមានសំរាប់ខ្ញុំរហូតដល់
  - o អ្នកផ្តល់ការបំរើឈ្មោះ
- ☐ ខ្ញុំមិនអាចរកគ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺដែលមានកិច្ចសន្យាផ្នែកមេឌីខេដនៅក្នុងចម្ងាយ 60 ម៉ៃល៍ពីផ្ទះរបស់ខ្ញុំបានទេ ។
- ☐ សេវាមិនធានារ៉ាប់រងដោយកម្មវិធីមេឌីខេដ (សូមបញ្ជាក់ឲ្យច្បាស់ពីសេវាបំរើ) _____ ។

សូមអរគុណ ។

_____ _____

នាយកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង មុខងារ

_____ _____

លេខទូរស័ព្ទ (រួមទាំងលេខប្រចាំតំបន់) លេខទូរសារ (រួមទាំងលេខប្រចាំតំបន់)

អាសយដ្ឋានសំរាប់ផ្ញើសំបុត្រ:

ភ្ជាប់មកជាមួយ: ស្រោមសំបុត្រដែលមានអាសយដ្ឋានសំរាប់ផ្ញើត្រឡប់ទៅវិញ

ចម្លងជូន: សំណុំរឿងអតិថិជន

INSTRUCTIONS

When do I use this form?

You must use to this form before approving the authorization and payment of extended state plan services as a waiver service.

What options do I have for getting this form completed?

- You may complete this form during an interview or telephone discussion with the person/family/legal representative or
- You can mail it out to be completed and returned by mail. When mailing the form, include a self-addressed return envelope.

Do I need additional verification of this information?

You must determine if this notice provides you sufficient information. You may need to call the therapist/clinic for further information or verification.

Do I need to do anything else if one of the reasons on this form is checked?

If you are exempting use of first use of Medicaid because there is no Medicaid provider available or willing to do this service within 60 miles of the person's home, you must request an exception through CMIS.

Do I have to use Medicaid contracted therapist when authorizing Waiver services?

You can use any ADSA contracted therapist when authorizing waiver services. If the person wants to continue with their Medicaid contracted therapist, the therapist must have an ADSA contract before you can authorize services through the waiver.