



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

ឯកសារនៃការប្រើប្រាស់លើកទីមួយនៃជំនួយមេឌីខែដ

DOCUMENTATION OF FIRST USE OF MEDICAID BENEFITS

ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ:

ជូនចំពោះ:

យោងតាម:

សូមជំរាបមកដល់:

យើងបានស្នើសុំការអនុញ្ញាតមួយឬច្រើននៃសេវាជំនួយសង្គ្រោះកងផែនការពន្យារពេលរបស់រដ្ឋដូចខាងក្រោមនេះ:

- ពិធីព្យាបាលរាងកាយ
- ពិធីព្យាបាលសំរាប់ផែនការជីព
- សេវាផែនការនិយាយនិងការស្តាប់និងផែនការសាសា

ដោយជំនួយទាំងនេះជាសេវាអាចមានសំរាប់អ្នក ជាជំនួយមេឌីខែដ, ការកត់ត្រាឯកសារគិតរូបដើម្បីស្រឡាញ់ឃើញថា អ្នកបានប្រើប្រាស់គ្រប់ជំនួយមេឌីខែដទាំងអស់ដែលមានសំរាប់អ្នក ជាមុនសិន មុននឹងប្រើជំនួយសង្គ្រោះបង់ប្រាក់ឱ្យ ។ (ច្បាប់ WAC 388-845-1000 និង WAC 388-845-1015) ។

សូមបំពេញចន្លោះខាងក្រោមនេះនិងផ្ញើត្រឡប់មកយើងវិញតាមប៊ូស្តសំបុត្រ ឬផ្ញើតាមទូរសារ ។

- ជំនួយមេឌីខែដដែលបានបង់ប្រាក់ការព្យាបាលសំរាប់ # ចំនួនពេលព្យាបាល/ # ខែ ។
ឈ្មោះរបស់គ្រូពេទ្យព្យាបាល:
- គ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺរបស់ខ្ញុំដែលបានទទួលការយល់ព្រមពី MAA (ការិយាល័យអភិបាលកិច្ចផែនការជំនួយពេទ្យ) សំរាប់ការព្យាបាលជំងឺបន្ថែមទៀត និងបំពេញ ចំនួនពេលព្យាបាលបន្ថែមនៃការព្យាបាលជំងឺរួចហើយ ។
- គ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺរបស់ខ្ញុំបានស្នើសុំ MAA ឱ្យយល់ព្រមលើចំនួនពេលព្យាបាលបន្ថែម ហើយបានត្រូវបដិសេធ ។
- ខ្ញុំមានឈ្មោះនៅកងបញ្ជីរង់ចាំសំរាប់ទទួលសេវាពីគ្រូពេទ្យព្យាបាលដែលមានកិច្ចសន្យាផែនការមេឌីខែដ ។
 - o សេវាដែលបង់ប្រាក់ដោយកម្មវិធីមេឌីខែដនិងមិនអាចមានសំរាប់ខ្ញុំរហូតដល់
 - o អ្នកផ្តល់ការបំពេញឈ្មោះ
- ខ្ញុំមិនអាចរកគ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺដែលមានកិច្ចសន្យាផែនការមេឌីខែដនៅកងចម្ងាយ 60 ម៉ែលពីផ្ទះរបស់ខ្ញុំបានទេ ។
- សេវាមិនធានារ៉ាប់រងដោយកម្មវិធីមេឌីខែដ (សូមបញ្ជាក់ឱ្យច្បាស់ពីសេវាបំពេញ) _____ ។

សូមអរគុណ ។

នាយកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង

មុខងារ

លេខទូរស័ព្ទ (រួមទាំងលេខប្រចាំតំបន់)

លេខទូរសារ (រួមទាំងលេខប្រចាំតំបន់)

អាសយដ្ឋានសំរាប់ផ្ញើសំបុត្រ:

ភ្ជាប់មកជាមួយ: ស្រាមសំបុត្រដែលមានអាសយដ្ឋានសំរាប់ផ្ញើត្រឡប់ទៅវិញ

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.