



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

**ДОКУМЕНТАЛЬНОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ  
ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЬГОТ,  
ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ MEDICAID  
DOCUMENTATION OF FIRST USE OF MEDICAID BENEFITS**

ДАТА:

ВНИМАНИЮ:

ПО ВОПРОСУ:

Уважаемый(-ая)

Вы запросили разрешение на получение одной или более из перечисленных далее дополнительных услуг, не включенных в расширенный план штата:

- Физиотерапия
- Реабилитационная терапия
- Услуги для лиц с нарушениями речи, слуха или зрения, не владеющих в достаточной мере английским языком.

Поскольку эти услуги вы можете получить в рамках программы Medicaid, необходимо документальное подтверждение того, что вы предварительно использовали полностью свои льготы в рамках программы Medicaid, прежде чем будет использовано финансирование обслуживания не включенного в план (Waiver). (Разделы 388-845-1000 и 388-845-1015 Административного кодекса штата Вашингтон (WAC))

Пожалуйста, укажите необходимую информацию ниже и отошлите мне по почте или по факсу.

- Программа Medicaid оплатила \_\_\_\_\_ сеансов / \_\_\_\_\_ месяцев этого вида терапии / лечения.  
Фамилия, имя врача:
- Мой врач получил разрешение от МАА (Администрации программы Medicaid) на дополнительное лечение и провел дополнительные сеансы терапии / лечения.
- Мой врач запросил МАА о разрешении на дополнительные сеансы и получил отказ.
- Мое имя внесено в список ожидания получения услуг врача, работающего по контракту с программой Medicaid.
  - o Я не смогу получать услуги, финансируемые программой Medicaid, до
  - o Поставщик медицинских услуг -
- Я не смог найти врача, работающего по контракту с программой Medicaid, в радиусе 60 миль от моего дома.
- Услуги, не покрываемые в рамках программы Medicaid (Укажите конкретную услугу)

Благодарю вас.

\_\_\_\_\_  
Сотрудник, ведущий дело

\_\_\_\_\_  
Должность

\_\_\_\_\_  
Номер телефона (укажите код города)

\_\_\_\_\_  
Номер факса (укажите код города)

Почтовый адрес:

Приложение: Конверт с обратным адресом отправителя

Копия: Дело клиента

## 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.