



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES  
**DOCUMENTACIÓN SOBRE EL USO DE LOS BENEFICIOS DE MEDICAID**  
DOCUMENTATION OF FIRST USE OF MEDICAID BENEFITS

FECHA:

PARA:

ASUNTO:

Estimado(a):

Usted ha solicitado autorización para uno o más de los siguientes servicios prolongados del plan de exención del estado:

- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Servicios para el habla, audición y lenguaje

Debido a que éstos son servicios que están disponibles para usted como un beneficio de Medicaid, se requiere documentación que corrobore que se han utilizado primero todos los beneficios de Medicaid disponibles antes de utilizar fondos del programa de Exención. (WAC 388-845-1000 y WAC 388-845-1015)

Complete la siguiente información y envíemela por correo o FAX.

- Medicaid pagó esta terapia por # sesiones/ # meses.  
Nombre del terapeuta:
- Mi terapeuta recibió la aprobación de MAA (Administración de Asistencia Médica) para terapia adicional y completó sesiones adicionales de terapia.
- Mi terapeuta solicitó a MAA aprobar sesiones adicionales y fueron negadas.
- Estoy en una lista de espera para recibir servicios de un terapeuta contratado por Medicaid.
  - o Los servicios financiados por Medicaid no estarán disponibles para mí hasta el
  - o El proveedor es
- No pude encontrar un terapeuta contratado por Medicaid disponible en un radio de 60 millas de mi hogar.
- Servicio no cubierto por Medicaid (Especifique el servicio) \_\_\_\_\_.

Atentamente.

\_\_\_\_\_  
Administrador de Caso

\_\_\_\_\_  
Cargo

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono (incluir código de área)

\_\_\_\_\_  
Número de FAX (incluir código de área)

Domicilio postal:

Adjunto: Sobre con dirección de retorno

cc: Expediente del cliente

## 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.