



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

**CHỨNG TỪ VỀ VIỆC SỬ DỤNG ĐẦU TIÊN CÁC PHÚC LỢI
TRỢ CẤP Y TẾ
DOCUMENTATION OF FIRST USE OF MEDICAID BENEFITS**

NGÀY:

KÍNH GỬI:

VỀ VIỆC:

Kính thưa:

Quý vị đã yêu cầu cho phép một hoặc nhiều dịch vụ miễn lệ có kế hoạch được mở rộng sau đây:

- Vật lý trị liệu
- Chức năng trị liệu
- Các dịch vụ chữa trị những tật về nói, nghe và ngôn ngữ

Vi các dịch vụ này hiện có dành cho quý vị như một phúc lợi Trợ Cấp Y Tế, nên bắt buộc phải có chứng từ để chứng minh rằng quý vị đã sử dụng đầu tiên tất cả phúc lợi Trợ Cấp Y Tế hiện có dành cho quý vị trước khi dùng đến nguồn tài trợ Miễn Lệ. (WAC 388-845-1000 và WAC 388-845-1015)

Xin điền hoàn tất phần sau và gửi lại cho tôi bằng thư hoặc Fax.

- Chương trình Trợ Cấp Y Tế đã chi trả phần điều trị này dành cho # lần # tháng.
Tên bác sĩ chuyên khoa điều trị:
- Bác sĩ chuyên khoa điều trị của tôi đã nhận được chấp thuận từ MAA (Cơ quan Quản Trị Trợ Cấp Dành Cho Chương Trình Trợ Cấp Y Tế) để điều trị bổ sung và các lần điều trị bổ sung đã hoàn tất.
- Bác sĩ chuyên khoa điều trị của tôi đã yêu cầu MAA chấp thuận các lần bổ sung và đã bị từ chối.
- Tôi có tên trong danh sách chờ xin hưởng các dịch vụ từ một bác sĩ chuyên khoa điều trị hợp đồng của chương trình Trợ Cấp Y Tế.
 - Các dịch vụ được tài trợ của chương trình Trợ Cấp Y Tế sẽ không hiện có dành cho tôi trước khi
 - Nhà cung cấp dịch vụ là
- Tôi không thể tìm được một bác sĩ chuyên khoa điều trị hợp đồng của chương trình Trợ Cấp Y Tế trong vòng 60 dặm tính từ nhà tôi.
- Các dịch vụ không được chương trình Trợ Cấp Y Tế chi trả toàn bộ (Nêu rõ dịch vụ) _____

Cám ơn quý vị.

Nhân Viên Quản Lý Hồ Sơ

Chức Danh

Số Điện Thoại (gồm mã số khu vực)

Số FAX (gồm mã số khu vực)

Địa Chỉ Gửi Thư:

Đính Kèm: Bì thư tự đề địa chỉ

cc: Hồ Sơ Thân Chủ

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.