DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

ДОКУМЕНТАЦИЯ ПО ПЕРВОМУ ПОЛЬЗОВАНИЮ УСЛУГАМИ ПРОГРАММЫ **MEDICAID**

DOCUMENTATION OF FIRST USE OF MEDICAID BENEFITS

ДАТА:

КОМУ: ОТНОСИТЕЛЬНО:

Уважаемый (ая) !

Вы запросили разрешение на получение одной или нескольких из следующих услуг исключительных программ в рамках расширенного плана штата:

- ☐ Физическая терапия.
- ☐ Трудовая терапия.
- ☐ Услуги в области речевых, слуховых, языковых потребностей.

Так как эти услуги могут предоставляться Вам в качестве услуг программы Medicaid, нам требуется документация, подтверждающая, что Вы использовали все услуги, предоставляемые в рамках программы Medicaid, прежде чем выделять средства исключительной программы (положения Административного кодекса штата Вашингтон WAC 388-845-1000 и 388-845-1015).

Пожалуйста, заполните следующую анкету и вышлите ее мне по почте или по факсу.

☐ Программа Medicaid оплатила данную терапию в объеме кол-во сеансов/ кол-во месяцев.
Имя терапевта:

☐ Управление медицинской помощи (Medicaid Assistance Administration, MAA) дало моему терапевту разрешение на проведение дополнительного курса терапии, и он провел со мной дополнительные сеансы.

☐ Мой терапевт запросил в управлении MAA одобрение на проведение дополнительного курса терапии и получил отказ.

☐ Я нахожусь в очереди на получение услуг терапевта, работающего по контракту с программой Medicaid.

- o Услуги программы Medicaid будут предоставлены мне не ранее
- o Моим поставщиком услуг является:

☐ Я не смог (ла) найти терапевта, работающего по контракту с программой Medicaid, в пределах 60 миль от моего дома.

☐ Программа Medicaid не оплачивает данную услугу (укажите услугу) _____.

Благодарим Вас.

_____ _____
Менеджер по делу Должность

_____ _____
Номер телефона (включая код района) Номер факса (включая код района)

Почтовый адрес:

Приложение: Конверт с обратным адресом

Копия: в 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 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 proceed to the Waiver ETR form # 15-271 and instructions.

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.