

ອຸປະກອນສຳລັບຫ້ອງນ້ຳ
Bathroom Equipment

Health Care Authority (HCA)
Authorization Services Office
PO Box 45535 Olympia, WA 98504-5535
FAX: 1-866-668-1214

ອັນນີ້ແມ່ນຮາຍຮະອຽດທີ່ເປັນຄວາມລັບທີ່ມີເຈດຕະນາສຳລັບບຸກຄົນທີ່ຖືກສົ່ງແຟກຊີໄປຫາເທົ່ານັ້ນ.

HCA ຕ້ອງການໃຫ້ບ່ອນວ່າງທຸກໆບ່ອນຖືກຂຽນປະກອບເພື່ອວ່າພວກເຮົາຈະສາມາດຕີຮາຄາເບິ່ງຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄດ້ຢ່າງເໝາະສົມ. ສິ່ງແຟກຊີໃບຟອມທີ່ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວໄປນຳໃບຟອມອະນຸຍາດສຳລັບຮາຍຮະອຽດທົ່ວໄປ (General Information for Authorization) (13-835), ຊຶ່ງຕ້ອງແມ່ນຫນ້າທຳອິດຂອງແຟກຊີ ແລະ ບັນທຶກທາງການພະຍາບານທີ່ຮູ້ມູນຊຸໄປຫາຫນ່ວຍ HCA DME Authorization Unit ໄດ້ທີ່ເລກ 1-866-668-1214.

ຕ້ອງຖືກຂຽນປະກອບໂດຍຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ ຫລື ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວພະຍາບານ		
ຊື່ຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ	ລູກຄ້າ ID	
ຮາຍຮະອຽດຂອງຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວພະຍາບານ		
ຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວການພະຍາບານ	ເລກ NPI ຂອງຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວການພະຍາບານ	
ເລກໂທຣະສັບ (ພ້ອມທັງຮະຫັດເຂດ)	ເລກແຟກຊີ (ພ້ອມທັງຮະຫັດເຂດ)	
ຮາຍຮະອຽດຂອງຜູ້ໃຫ້ການຈຳຫນ່າຍ		
ຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການຈຳຫນ່າຍ	ເລກ NPI ຂອງຜູ້ໃຫ້ການຈຳຫນ່າຍ	
ເລກໂທຣະສັບ (ພ້ອມທັງຮະຫັດເຂດ)	ເລກແຟກຊີ (ພ້ອມທັງຮະຫັດເຂດ)	
ຮາຍຮະອຽດຂອງຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການບໍລິການ		
ຜະລິດທະພັນທີ່ຖືກຮ້ອງຂໍເອົາ	ຈຳນວນທີ່ຖືກຮ້ອງຂໍເອົາ	
ສິ່ງການກວດເບິ່ງພະຍາດທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງມາໃຫ້ (ຮະຫັດ ICD-10 ແລະຄຳບັນຮະຍາຍ)	ICD-10	ຄຳບັນຮະຍາຍ
	ICD-10	ຄຳບັນຮະຍາຍ
ຕ້ອງຖືກຂຽນປະກອບໂດຍທ່ານຫມໍຜູ້ອອກໃບສັ່ງຊື້ຢາ		
* ການອ້າງເຫດຜົນທາງການພະຍາບານ: ສະພາບການພະຍາບານແນວໃດແດ່ທີ່ມີຢູ່ສຳລັບຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຄົນນີ້ທີ່ຕ້ອງການອຸປະກອນຂອງຫ້ອງນ້ຳ? ຈຸດເປົ້າຫມາຍຂອງການປິ່ນປົວຮະຍະສັ້ນ ແລະ ຮະຍະຍາວມີຫຍັງແດ່? ລວມທັງການບັນທຶກທາງການພະຍາບານ ແລະ ແຜນການປິ່ນປົວທີ່ຮູ້ມູນ.		
* ການປິ່ນປົວສຳລອງທາງອື່ນ/ມີຄຳຕຳກວ່າແນວໃດແດ່ທີ່ຖືກທົດລອງເບິ່ງແລ້ວ? (HCA ບໍ່ຈ່າຍສຳລັບອຸປະກອນທີ່ມີໄວ້ໃຫ້ຢູ່ຕາມຮ້ານຄ້າທົ່ວໄປ.)		
* ຜົນອອກມາແມ່ນແນວໃດ?		
ຊື່ຂຽນເປັນຕົວພິມຂອງທ່ານຫມໍ (ຫລື ທ່ານຫມໍຜູ້ອອກໃບສັ່ງຊື້ຢາ)		
ລາຍເຊັນຂອງທ່ານຫມໍ (ຫລື ທ່ານຫມໍຜູ້ອອກໃບສັ່ງຊື້ຢາ) (ລວມທັງຄຸນນະຈຸດທີ່ຮັບຮອງ)		ວັນທີ