

Washington Apple Health

ການຖອນການຟັງເຮືອງຈາກອຳນາດການປົກຄອງ

ຄຳແນະນຳ: ເພື່ອຈະຖອນຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງຈາກອຳນາດການປົກຄອງຂອງທ່ານ, ຂຽນປະກອບຟອມໃບນີ້, ເຊັນຊີໄສ້ ແລະ ໃສ່ວັນທີ, ແລະ ສົ່ງຄືນມາຫາພວກເຮົາ. ທ່ານອາດຈະ, ແຕ່ວ່າທ່ານບໍ່ຕ້ອງໄດ້ເຮັດ, ບອກພວກເຮົາເຫດຜົນຂອງທ່ານສຳລັບການຖອນຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງຂອງທ່ານ.

| ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຳນວນເອກສານຂອງທ່ານ | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|
| Healthplanfinder ຄຳຮ້ອງ ID # | DSHS ລູກຄ້າ ID # | | |
| ບັນທຶກສານ # (ຢູ່ໃນໃບແຈ້ງການຂອງການຟັງເຮືອງ) | ວັນທີຂອງມື້ນີ້ | | |
| ເຊື້ອ | ຊື່ກາງ | ນາມສະກຸນ | |
| ທີ່ຢູ່ | | | |
| ເມືອງ | ຮັດ | ຊື່ບໍລິເວນ | |
| ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌ | ເລກໂທຣະສັບເວລາກາງວັນ () | ວັນທີທີ່ຄຳຮ້ອງຂອງການຟັງເຮືອງໄດ້ຖືກປິ່ນ | |
| ກະຊວງໂທຫາຜູ້ປະສານງານການຟັງເຮືອງຈາກອຳນາດການປົກຄອງຂອງຮັດຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄຳຖາມແນວໃດ: | | | |
| ເຊື້ອ | ເລກໂທຣະສັບ | | |
| ຄຳແຈ້ງການສຳລັບການຖອນຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງ ແລະ ລາຍເຊັນ | | | |
| ກະຊວງຖອນ/ບົກເລີກຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງຈາກອຳນາດການປົກຄອງ. | | | |
| ລາຍເຊັນ: | | ວັນທີ: | |
| ຂຽນຊື່ເປັນຕົວ: | | | |
| ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ (ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນຳ) : | | | |

ສົ່ງຟອມໃບນີ້ໄປຫາ HCA:

- ສົ່ງກັບຄືນມາໃສ່ໃນຊອງເປົ່າຈ່າຍສະແຕມແລ້ວທີ່ຖືກເອົາໃຫ້; ຫລື
- ສົ່ງໄປສະນີທີ່: HCA, P.O. Box 45531, Olympia, WA 98504; ຫລື
- ແຟກຊ໌ໄປທີ່: 1-866-720-2892.

ຕາມໃຈເລືອກ – ເຫດຜົນສຳລັບການຖອນ